Rok XXXIX. Kraków, 2 Czerwca 1900. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

O leczeniu chirurgicznem rozszerzeń i jam oskrzelowych.

(Spostrzeżenie kazuistyczne).

Podał

Dr. M. W. Herman

asystent kliniki.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. lwowskiego d. 9 marca 1900).

(Dokończenie).

Rozumiem, że celowi odpowiada jedna tylko operacya t. j. pneumotomia po wstępnem wypiłowaniu żebra wzgl. żeber. Sam przez się jest to zabieg wcale nie ciężki. W powyższem zestawieniu znajdujemy wprawdzie 18 razy zejście śmiertelne po operacyi (stanowi to około 29% śmiertelności), trudno jednak ocenić, w ilu i w których przypadkach śmierć istotnie zależała od operacyi, bo odliczając 2 przypadki, w których zejście śmiertelne nastąpiło skutkiem zatrucia chloroformem, w innych operowano już to *in extremis*, już też zgon następował w kilka dni lub tygodni po operacyi czy to z powodu wyczerpania sił, czy też takich powikłań, jak ropień w mózgu, zapalenie płuc i t. p. Doświadczenie z życia niemal codziennego poucza, że wypiłowanie żebra, to operacya, którą chorzy, nawet bardzo wyniszczeni, bardzo łatwo znoszą. A właśnie ta część przedwstępna stanowi główną treść operacyi. Ważniejszem jest, czy w danym wypadku są zrosty opłucnowe, czy też ich niema. Powszechnie znane objawy, jak wciągnięcie przestworów międzyżebrowych, zapadanie się ich w czasie wdechu, nieruchomość dolnych granic, nie zawsze wystarczają do rozpoznania zrostów. Dlatego też uciekamy się do pewniejszych sposobów badania. Do tych w pierwszym rzędzie nale y próba z wbitą w płuca igłą strzykawki. W razie istnienia zrostów igła ta w czasie ruchów oddechowych wykonywa nieznaczne tylko wahania, przeciwnie zaś się dzieje, gdy obie blaszki opłucnowe swobodnie się po sobie przesuwają. Przed paroma laty podał S a p i e ż k o sposób jeszcze pewniejszy. Używa on mianowicie igły o tępym końcu i bocznem okienku w odległości $^1/_2$ ctm. od końca. Igła ta jest połączona z rurką szklanną, zgiętą w kształcie litery U, i wypełniona fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Po nacięciu skóry nożykiem wbija się igłę w jamę opłucnową. W przypadku, w którym zrostów opłucnowych niema, tępy koniec igły odpycha miękie i elastyczne płuco, tak że boczne okienko otwiera się do jamy opłucnowej i wtedy ruch płynu w manometrze wskazuje na parcie ujemne, jakie w niezanikłej jamie opłucnej panuje. W razie zaś istnienia zrostów płyn w rurce manometrycznej będzie się stale utrzymywał na jednym poziomie. Wreszcie liczyć się możemy z wywiadami: przebyte zapalenie opłucnej, długie trwanie cierpienia pozwala nam do pewnego stopnia oczekiwać zrostów. Gdyśmy tym lub owym sposobem stwierdzili, że zrosty istnieją, przystępujemy do operacyi. Dotychczas operowano przeważnie w narkozie ogólnej. Zdaje mi się, że to niepotrzebne i niebezpieczne. Niepotrzebne, gdyż płynem S c h l e i c h a, kokainą, lub eukainą, przy pewnej wprawie doskonale, a w każdym razie dostatecznie, całe pole operacyjne znieczulić możemy. Nadto zupełna świadomość chorego w danym razie bardzo nam może być pomocną. Główniejsze to, że ogólna narkoza, z zasady chloroformowa, jest groźną dla życia chorego. Dwa przypadki śmierci z chloroformu, jakie zanotowaliśmy w statystyce na wstępie, to nie prosty zbieg okoliczności! Chloroformując, musimy chorego ułożyć i znów: i niedogodność dla operatora i niebezpieczeństwo dla chorego. Niemal zawsze wypadnie nam w tych przypadkach usuwać część przykręgosłupową żebra, więc operujący musi wykonywać gimnastyczne ewolucye, gdyż ułożenie chorego na bok zdrowy może się źle odbić na zdrowiu operowanego, wtedy bowiem może chory wchłaniać gnilnie rozłożoną wydzielinę jam oskrzelowych do zdrowego płuca. Z tych zatem wszystkich względów i przyczyn, zaleca się operowanie w znieczuleniu miejscowem, wówczas bowiem oszczędzamy choremu chloroforma i możemy go operować w siedzącej postawie.

Zaleca się wypiłowanie długiego kawałka żebra, w danym razie nawet dwóch, trzech żeber. Przez wypiłowanie bowiem żebra nie tylko stwarzamy sobie miejsce do dalszej operacyi, lecz umożliwiamy doszczętne wyleczenie procesu chorobowego. Jamy w płucach goić się mogą, zaciągają się dośrodkowo, a czyniąc to pokonać muszą nietylko opór elastyczny płuc, lecz i opór, jaki stawia ściana klatki piersiowej. Tę ostatnią przeszkodę zmniejszamy wycinając części żebra. Gdy już w czasie operacyi przekonamy się, że jamy są liczne i duże, możemy przystąpić do częściowego wypiłowania żeber sąsiednich. Czynnik ten jest tak ważnym, że swego czasu zalecano z niektórych stron samo tylko wypiłowanie żeber bez następującej pneumotomii.

Po skończeniu tego pierwszego zabiegu przystępujemy do właściwej operacyi, do nacięcia płuc, przekonawszy sie poprzednio igłą strzykawki, czy w rzeczywistości znachodzimy się nad szukaną jamą.

Do wykonania pneumotomii zalecają przeważnie żegadło Pacquelina, wyjątkowo tylko odzywa się ktoś za nożem. Wydaje mi się, że przesadzono w obawie krwotokn, z której to przyczyny zalecono żegadło. Jamy, o które nam tu chodzi, usadowione są zawsze na obwodzie płuca, gdzie

już naczynia są bardzo drobne, tak, że tnąc nożem albo wcale nie wywołamy krwotoku, lub też bez trudu go opanujemy. A nożem operuje się nierównie czyściej, pewniej i jaśniej. Po odsłonięciu jednej jamy, z tej już szukać należy, czy nie natrafimy na inne w obwodzie, a znalazłszy je, otwieramy je ku odszukanej, najlepiej narzędziem tępem (gdyż wtedy już operujemy w głębi i bez kontroli wzroku). Bezpośrednio po operacyi wypadnie nam na jedną lub dwie doby całą jamę wytamponować gazą jodoformową, by w zupełności uśmierzyć krwawienie, a dopiero potem założymy sączki. Sączki z gumy miękiej mają tę wadę, że z tego rodzaju jam łatwo się wysuwają, więc lepiej użyć twardych lub półtwardych. Sączki metalowe nie są odpowiednie, mogą bowiem sprowadzić odleżynę, przeżarcie ścian naczyniowych i krwotok. O tem wspominają niektórzy operatorowie. Najlepszymi zatem będą sączki z kauczuku wulkanizowanego, opatrzone w otwory boczne i tarczkę na końcu obwodowym, którąby się o brzegi rany opierały. Przez sączek możemy potem przepłókiwać jamę i stósować jodoform, azaton srebrowy lub inny zaufaniem obdarzany środek.

Nie tak prostą będzie operacya w tych przypadkach, w których zrostów opłucnowych nie znajdziemy. Mniejsza już o odmę piersiową. Doświadczenie poucza, że nie bywa ona groźną dla chorego. Lecz chodzi o co innego. Notowano przypadki, w których po powstaniu odmy zaprzestać musiano dalszej operacyi, która na płucu skurczonem i skrytem w głębi klatki piersiowej nie dawała się już wykonać. Lub też, po użyciu pewnych sztuczek, udawało się wreszcie dokonać pneumotomii, lecz w ślad za tem powstawało ropne, a nawet posokowate zapalenie opłucnej, któremu chory ulegał, lub z którem przez długie tygodnie toczyć musiał bój śmiertelny. Słuszną i do przekonania trafiającą jest rada tych, którzy chcą w przypadkach, w których nic nie nagli (a do takich najczęściej należą rozszerzenia oskrzeli wywoływać poprzednio zrosty. Tymczasem nie jest to rzeczą zbyt łatwą. Nowe doświadczenia Quénu i Longuet'a dowiodły, że żaden z dotychczas zalecanych środków nie jest pewnym, tak że w zwątpieniu twierdzą, iż tylko przez podniesienie parcia ościennego w płucach (wystarczy o kilka mm. słupka rtęci) możemy zapobiedz zapadaniu się płuca po otwarciu wolnej jamy opłucnowej. Sposób ten nieznalazł jednak praktycznego zastósowania i wątpię, czy znajdzie. Inne sposoby, zalecane i próbowane, podzielić możemy na 3 gromady. Do pierwszej należy: przyżeganie *(ignipunctura)*, nakłówanie *(acupunctura)*, przyszywanie płuc przez skórę do ścian klatki piersiowej, wstrzykiwanie do jamy opłucnowej nalewki jodowej, formaliny i t. p. (De Cereuville, Quincke, Sapiejko). Do drugiej gromady należy sposób, w którym po podokstusowem wypiłowaniu żebra działa się drażniąco na blaszkę zewnętrzną opłucnej przez dłuższy czas (6—25 dni) i to albo tamponując gazą zwyczajną (Neuber), albo napojoną pastą z chlorkiem cynku (Quincke), lub też celem zadrażnienia zapalnego zakłada się szew, spajający obie blaszki, (De Cereuville, Godlee, Laache). Trzecią odmianę stanowi sposób operacyi jednoczasowej, w którym mimo braku zrostów otwiera się jamę opłucnową i płuca przyszywa do brzegów rany zewnętrznej (Roux „suture à arrière point", Bayer „pneumopexia") Temu ostatniemu sposobowi niektórzy bardzo ufają (np. m. i. Trzebicky). — Jest zatem wybór i każdy w potrzebie wybierać może wedle gustu i przekonania. W przypadku, w którymby zrostów nie było i gdzieby się nie spieszyło, wybrałbym jeden ze sposobów, wyliczonych w drugiej gromadzie.

W końcu dziękując Szefowi memu Radcy Dworu Prof. L. Rydygierowi za zachętę do ogłoszenia przypadku, w naszej klinice spostrzeganego i leczonego, streszczam rzecz całą w następujących zdaniach:

1) Zgrubienie pałeczkowate końców palców u chorych na rozszerzenie oskrzeli zależy wyłącznie od zgrubienia części miękich. Kości nie biorą w tem żadnego udziału.

2) Leczenie chirurgiczne w rozszerzeniach oskrzeli jest usprawiedliwione, jako czynnik działający objawowo, wyjątkowo tylko leczący doszczętnie.

3) Do leczenia chirurgicznego nadają się tylko te przypadki, w których cierpienie zajmuje wyłącznie płat dolny (prawy, lub lewy) i to bez względu na domniemaną postać rozszerzeń oskrzeli (walcowatych czy workowatych).

4) Operacyę doradzać należy w przypadkach rszszerzeń zwykłych tylko tym chorym, których stan ogólny widocznie cierpi i odżywienie podupada; w każdym jednak razie tym, u których plwocina staje się cuchnącą i gnilną *(putrid)*.

5) Operacya jest bezwzględnie wskazaną tam, gdzie do istniejących rozszerzeń oskrzelowych dołączą się objawy ropnia lub ostrej zgorzeli.

6) Zaleca się wykonanie pneumotomii w znieczuleniu miejscowem zapomocą noża, po przedwstępnem wypiłowaniu żebra wzgl. żeber na znacznej stosunkowo przestrzeni.

Piśmiennictwo: 1) Prof. Dr. Tuffier. Chirurgie du poumon. Paris. Masson et Cie 1897. 2) Quincke. Ueber Pneumotomie. Mitteil. a. d. Grenzgeb. T. I. p. 1—70. 3) Doc. Dr. R. Trzebicky. O operacyjnem leczeniu chorób płuc i opłucnej. Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej pod red. Prof. Korczyńskiego Serya II. p. 19 i n. 4) Aufrecht. Bronchiektasie. Real.-Encyklopädie von Eulenburg T. IV. p. 45 i n. 5) Quenu et Longuet Recherches experimentales et etude critique sur la chirurgie du poumon. Bull. et mem. de le Soc. d. chir. de Paris T. XXII. p. 778 Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1898 Nr. 4. 6) Dr. H. Kümmel. Chirurgische Erkrankungen der Lunge. Handbuch d. prakt. Chirurgie von Bergmann, Bruns, Mikulicz T. II. p. 675 i n. 7) H. Gross. Erfahrungen über Pleura- und Lungenchirurgie (Beitr. z. klin. Chirurgie XXIV. Z. 1 i 2. 8) Prof. Dr. C. Bayer. Zur Pneumopexie (Ctrbl. f. Chir. 1897 Nr. 2). 9) E. Richerolle Chirurge du poumon. Pneumotomie — Pneumektomie. (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1897 Nr. 6). 10) Sonnenburg. Der gegenwärtige Stand der Chirurge der Lungen (69 Naturforscher- und Aerzteversammlung zu Braunschweig. Sprawozd. w Ctrbl. f Chir. 1897 Nr. 43). 11) K. Sapieżko. Contribution à l'étude de la chirurgie pulmonaire avec le diagnostic des adhérences (Revue de Chir. 1899. Nr. 7.) (Porównaj nadto literaturę, przytoczoną w zestawieniu kazuistycznem).

II. O klimacie górskim.

(Ustęp z wykładów o Balneoterapii, wygłaszanych w półroczu zimowem 1899/900).

Podał
Dr. Ludomił Korczyński
Docent medycyny wewnętrznej w Uniw. Jag.

(Dokończenie).

Zastosowanie lecznicze klimatu górskiego.

Klimat górski można wyzyskiwać w dwóch kierunkach: jako czynnik leczniczy w ścisłem słowa tego znacze-

niu, a także jako czynnik higieniczny i do pewnego stopnia zapobiegawczy. Czy w jednym, czy w drugim celu stosować go chcemy, zawsze bardzo starannie ocenić należy nietylko nieprawidłowości zdrowia, względnie zboczenia wprost chorobliwe, ale także ogólny stan ustroju, budowę i odżywienie ciała, wytrzymałość i odporność narządu oddechowego, stan narządu krążenia i narządu pokarmowego, właściwości układu nerwowego i jego wrażliwość.

Zasadniczo rzecz biorąc, natury wątłe i wrażliwe, ogólnie, czy też w pewnym tylko kierunku mało odporne, za słabe, aby na odporność zdobyć się mogły, nie dobrze znoszą klimat górski, jako klimat podniecający, a więc wymagający tem samem znaczniejszego zasobu sił i energii życiowej. Nie znoszą go zwłaszcza wtedy, gdy przybywają z klimatu nizinnego do miejscowości, znacznie wyniesionych nad poziom morza. Przeciwnie zaś, natury mało wrażliwe, chorobliwie niepobudliwe, a więc wymagające silnych bodźców i silnej podniety, nabierają w górach pewnej miary fizyologicznej wrażliwości i zdolności odczynu, tak bardzo dla każdego ustroju potrzebnej.

Jako przykład, objaśniający dobrze ogólną zasadę, posłużyć może stwierdzona długiem doświadczeniem lekarskiem okoliczność, że klimat górski okazuje się wprost szkodliwym dla osób nieletnich, źle zbudowanych, pozbawionych prawie zupełnie podściółki tłuszczowej, ze skórą cienką i bladą, z pobudliwym nadmiernie narządem naczynio-ruchowym, skłonnych przytem do spraw zapalnych dróg oddechowych i opłucnej, że wpływa równie niekorzystnie na ogólny stan ludzi starszych, osłabionych wiekiem lub chorobami. Na odwrót zaś znakomite widzieć się dają wyniki u dzieci o wejrzeniu, cechującem do pewnego stopnia otrętwiałą postać zołzów, z usposobieniem powolnem, flegmatycznem, z obfitą podściółką tłuszczową, ze skórą bladą, a grubą. Dzieci takie nabierają w klimacie górskim większej swobody myśli i ciała, budzi się w nich chęć do ruchu, usposobienie staje się żywsze i pobudliwsze, całe wejrzenie zmienia się bardzo korzystnie.

Dopiero po uwzględnieniu powyższych, ogólnych, uwag mówić można o szczegółowych wskazaniach i przeciwwskazaniach dla leczenia klimatem górskim.

Na pierwszem miejscu postawimy choroby tego narządu, o którego zachowaniu się pod wpływem czynników klimatycznych najwięcej wiemy, mianowicie c h o r o b y n a r z ą d u o d d e c h o w e g o, a wśród nich g r u ź l i c ę p ł u c.

Zasady dla klimatycznego leczenia gruźlicy stworzył B r e h m e r, przyjąwszy za podstawę choroby ogólne niedokształcenie ustroju i niedostateczny rozwój płuc, serca i naczyń, a za podstawę i zasadniczy cel leczenia działanie, zmierzające do wzmocnienia, a, o ile się to jeszcze da, także do rozwinięcia ustroju, przedewszystkiem do rozwinięcia płuc i serca. Nie wdając się w krytyczny rozbiór, czy i o ile zapatrywania Brehmera są słuszne, patrząc nawet z zupełnie odmiennego stanowiska, wskazanego dzisiejszym stanem nauki, przyznać musimy, że sposób podany i używany przez Brehmera jest, jak dotychczas, bądź co bądź najdzielniejszym i najskuteczniejszym w leczeniu gruźlicy; to też w braku innych lepszych przyznać mu trzeba pierwszeństwo.

Ostateczne wyniki leczenia zależeć naturalnie muszą od odpowiedniego doboru przypadków. Nie jest obojętną rzeczą, czy chory okazuje wczesne zmiany gruźlicze, czy jest dziedzicznie obciążony lub nie, czy stan odżywienia jego dobry lub zły, czy wreszcie, w równych zresztą warunkach, zmiany w płucach są już bardzo rozległe.

Najlepszego skutku spodziewać się można u osób młodych, u których badaniem przedmiotowem stwierdzić jeszcze nie można stałych i wyraźnych zmian w płucach, a u których istnieje bardzo znaczna, wrodzona lub nabyta, skłonność do nieżytów błon śluzowych narządu oddechowego. Na drugiem dopiero miejscu postawić można przypadki gruźlicy początkowej, ściśle ograniczonej w jednym ze szczytów, bądź w postaci nieżytu, bądź też ograniczonego nacieku.

Rozpoczynający się rozpad miąższu płucnego, byle nie zbyt gwałtowny, nie postępujący zbyt szybko, nie czyni leczenia klimatycznego zupełnie bezowocnem i beznadziejnem; zmniejsza jednak w wysokim stopniu w przeważnej części przypadków widoki znaczniejszej i trwalszej poprawy.

Zupełnie nadaremnem jest leczenie klimatyczne, jak i każde zresztą inne, w przypadkach gruźlicy, przebiegającej pod postacią ostrą, lub też w przypadkach rozległego rozpadu miąższu płucnego, którym bardzo często towarzyszy trawiąca gorączka, jako wyraz zakażenia mięszanego.

Nie małe znaczenie dla ocenienia skutków leczenia i dla widoków zupełnego wyleczenia ma także i postać gruźlicy. Leczenie daje o wiele lepsze wyniki w postaci włóknistej (*phthisis fibrosa*), najczęściej nabytej, aniżeli w postaci pospolitszej, nieokazującej dążności do wytwarzania tkanki łącznej, zwanej dziedziczną.

Polecając w suchotach leczenie w klimacie górskim, nie wystarczy bynajmniej zadowolnić się poznaniem choroby podstawowej i ocenieniem ogólnego stanu chorego; uwzględnić także należy możliwe powikłania, zależne wprost od choroby i przyczynowo z nią związane, albo też zupełnie odrębne. Względnie nierzadko towarzyszą gruźlicy płuc nieżyty górnych dróg oddechowych: nosa, gardła, krtani i tchawicy, mniej często gruźlicze owrzodzenia tych części. Stanowią one w znacznej liczbie przypadków względne przeciwwskazanie dla pobytu w klimacie górskim z tego powodu, że suche i chłodne powietrze górskie niedobrze działa na wrażliwą błonę śluzową, drażni ją i zwiększa pobudzenie do kaszlu. Skłonności do krwotoków płucnych nie obawiamy się tak dalece w górach, i to wbrew wnioskom, któreby wysnuwać należało z teoretycznego poglądu na działanie górskich czynników klimatycznych i na wpływ, jaki one wywierają. Nie wolno jednak zapominać, że czynniki te do pewnej tylko miary i tylko z zachowaniem pewnych ostrożności są prawie obojętne. Chorzy, skłonni do krwotoków, odwiedzać powinni miejscowości, położone niezbyt wysoko, unikać wszelkich silniejszych psychicznych i fizycznych wrażeń i wysiłków, strzedz się, o ile to tylko możebne, wpływu gwałtowniejszych zmian meteorologicznych.

Z innych chorób narządu oddechowego korzystnie przebiegają w klimacie górskim n e r w o w a d y c h a w i c a o s k r z e l o w a *(asthma bronchiale)* i przewlekłe n i e ż y t y o s k r z e l o w e, odznaczające się obfitszą ilością wydzieliny. W r o z e d m i e p ł u c jest klimat górski mniej odpowiedni, gdy pęcherzyki płucne w wysokim już stopniu utraciły swą sprężystość, może być jednak bardzo jeszcze pożyteczny wtedy, gdy rozedma nie sprowadziła zupełnej utraty sprężystości, i gdzie obniżenie granic płuc uważać należy raczej za następstwo rozdęcia, spowodowanego długotrwałym kaszlem,

jak to ma miejsce w nieżycie oskrzelowym, lub też w przebiegu krztuśca.

W zboczeniach i w chorobach narządu krążenia nie rzadko polecać można pobyt w górach. Jest on bardzo korzystny dla osób młodych, nierozwiniętych jeszcze zupełnie, a okazujących wrodzoną wąskość układu tętniczego. Także i w niektórych przypadkach wad sercowych zastawkowych spodziewać się można dobrego skutku. Koniecznym jest jednak warunkiem, aby mięsień sercowy w swem utkaniu był nietknięty, żeby nie było objawów wygórowanego parcia w układzie tętniczym. Dlatego to tylko osoby młode, dotknięte wadą sercową, posyłać można w góry, zwłaszcza, gdy zajętą jest zastawka dwudzielna i gdy nie ma zbyt już daleko posuniętych zmian w wyrównaniu. Wpływ wzmacniający klimatu górskiego zaznaczyć się może w tych razach bardzo wybitnie. Mięsień sercowy jędrnieje, nabiera większej siły i przez dłuższy czas bez znużenia pokonywać może opory w krążeniu.

Wielokrotnie już podnoszono wpływ klimatu górskiego na zarząd trawienia. Z autorów polskich osobną pracę poświęcił temu przedmiotowi Prof. Jaworski. Podniósł w niej, że objawy złego trawienia znikają w klimacie alpejskim nawet mimo bardzo obfitej dyety. Tłomaczyć to sobie należy pobudzeniem nerwowem, przyspieszeniem czynności serca, zwiększeniem liczby oddechów, wzmożonem wydzielaniem wody i żywszą przemianą pierwiastków. Wynika z tego lepsze odżywienie wszystkich tkanin. A więc i błona mięsna i śluzowa żołądka lepiej są odżywione, lepiej i energiczniej pracują; treść pokarmowa opuszcza żołądek rychlej, gruczoły trawieńcowe wydzielają w należytej ilości i jakości sok trawieńcowy.

Przyspieszenie przemiany pierwiastków, udowodnione do pewnego stopnia nawet ścisłymi rozbiorami i oznaczeniami, uzasadnia zupełnie kierowanie w góry chorych, którzy okazują pewne zboczenia w tym zakresie. Do rzędu tych zboczeń zaliczyć można: otłuszczenie ogólne i skazę moczanową. Doświadczenia, wykazujące, że w powietrzu górskiem zwiększa się ilość wydzielanego bezwodnika kwasu węglowego i wody, że w moczu, przynajmniej w pierwszych kilkunastu dniach, wzrasta bezwzględna ilość azotu, tłomaczą dostatecznie spostrzeżenia lekarskie, stwierdzające niewątpliwie ubytek tłuszczu w górach i znikanie objawów, związanych ściśle z nieprawidłową przeróbką istot białkowatych.

Żywy współudział układu nerwowego w odczuwaniu podniet, których dostarcza klimat górski, sprawia, że zużytkować je można w zboczeniach czynnościowych układu nerwowego. Nerwice ogólne wtedy zwłaszcza poprawiają się w klimacie górskim, gdy nie przebiegają wśród znacznego podniecenia. To też histerya i hipochondrya nadają się lepiej do takiego leczenia, aniżeli neurastenia. Z innych nerwic wymienić tu jeszcze można chorobę Basedowa, w której pierwszy Stiller osiągnął dobre skutki z leczenia w klimacie górskim.

Zwiększone parowanie skóry i wielkie natężenie siły promieni słonecznych w górach czyni je odpowiedniem miejscem pobytu dla chorych, cierpiących na przewlekłe zapalenie nerek. Nie każda jednak pora roku jest dla leczenia równie odpowiednia, nie wszystkie góry są równie dobre. Wymagać trzeba stałej i nie nazbyt niskiej ciepłoty powietrza, wybierać okolice, nie wystawione na działanie wilgotnych wiatrów, odznaczające się powietrzem suchem i małą ilością opadów atmosferycznych.

Pomiędzy naszemi górskiemi uzdrowiskami jedno tylko Zakopane jest stacyą leczniczą, w której przez cały rok korzystać można z urządzeń leczniczych. Wszystkie inne były do niedawna otwarte tylko w lecie. W ostatnich dopiero latach przybyły zimowe zakłady w Bystrej na Śląsku, w Ojcowie w Królestwie polskiem, w Szczawnicy w Galicyi, ale wzniesienie tych wszystkich miejscowosci nad poziom morza z wyjątkiem Zakopanego, jest względnie nie duże, a więc i uważać ich nie można w ścisłem tego słowa znaczeniu za miejscowości górskie. Nie będzie więc rzeczą zbyteczną, jeśli z nazwiska przynajmniej poznamy pewną ilość zagranicznych górskich stacyj klimatycznych. Do najbardziej znanych należą: Arosa 1890 mtr. n. p. m w Szwajcaryi, St. Blasien 772 mtr.n. p. m. w W. Ks. Badeńskiem, Davos-Dörfli 1573 mtr. n. p. i Davos-Platz 1560 mtr. n. p. m. w Szwajcaryi, Falkenstein 400 mtr. n. p. m. w Ks Nassau, Friedrichsroda 430 mtr. n. p. m w Ks. Sachsen-Coburg-Gota, Görbersdorf 560 mtr. n. p. m. na Śląsku pruskim, Insbruck 587 n. p. m w Tyrolu, Interlaken 568 mtr. n. p. m. w Tyrolu, Meran 319 – 520 mtr. n p. m. w Tyrolu, Montreux w Szwajcaryi, Pontresina 1800 mtr. n p. m. w Szwajcaryi, Reiboldsgrün 474 mtr. n. p. m. w Saksonii, Szmeks-Alt-Szmeks 1014 mtr. n. p. m. Neu-Szmeks 1005 mtr. n. p. m. Unter-Szmeks 940 mtr. n. p. m. na Węgrzech, St. Moritz 1800 mtr. n. p. m. w Szwajcaryi, Zell-am-See 790 n. m. w Austryi i bardzo wiele innych.

III. Z Zakładu fizyologicznego Prof. Dra Becka we Lwowie.

Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej *(humor aqueus).*

Podał

Dr. Adam Szulisławski.

(Ciąg dalszy).

Aby uniknąć rozwlekania, a rzecz ile możności jasno przedstawić, nie będę się trzymał chronologicznego porządku, w jakim doświadczenia się rozwijały, ale zszereguję poszczególne wyniki według ich naturalnego pokrewieństwa i przynależności i omówię je w odnośnych ustępach.

I. Wpływ ciśnienia śródocznego na wydzielanie cieczy wodnej. W każdym przypadku można przez dostateczne podniesienie ciśnienia śródocznego sprowadzić (przy tem samem przypuszczalnie ciśnieniu krwi) zwolnienie, a w końcu zupełne zatamowanie wydzielania. Wysokość potrzebnego w tym celu ciśnienia bywa różna, odpowiednio do wielkości zwierzęcia, a tem samem obszaru przedniej komórki. Obniżając napowrót ciśnienie przywracamy wydzielanie, którego szybkość i obfitość zależy od stopnia obniżenia. Byłoby to potwierdzeniem wyżej przytoczonego prawidła zależności wydzielania od różnicy ciśnienia krwi i ciśnienia śródocznego. Przy tem jednakże należy zwrócić uwagę na jeden bardzo ciekawy, a dotychczas nieuwzględniony szczegół, który określę na przykładzie. W doświadczeniu V np. rozpoczęto mierzyć wydzielanie przy ciśnieniu 10 cm. słupa wody. Spadają krople z prawego oka w przecięciu co 68″;

z lewego zaś co 158″ (*iridectomia*). Podwyższamy ciśnienie do 30 cm. (l. 21). Zupełne obustronne zatamowanie wydzielania. Obniżamy nagle ciśnienie do 10 cm. (l. 22), a więc do pierwotnej wysokości, a krople spadają obecnie co 48″ po prawej stronie, co 79″ zaś po lewej, znacznie więc, dwa razy szybciej, niż z początku doświadczenia przy tem samem ciśnieniu. Dla uniknięcia nieporozumień muszę tu wyjaśnić, że przy unoszeniu korka ku górze dopełnia się rurkę (e′ e′) rozczynem soli kuchennej. Podczas obniżania spada zawsze kilka kropel, które nie wchodzą w rachubę, gdyż wylewa się to, cośmy dodali. Nadto pewna ilość płynu uchodzi na innej drodze. Przez podwyższenie bowiem ciśnienia w przedniej komórce musi się zwiększyć wessanie cieczy wodnej z przedniej komórki drogami naturalnemi. Obliczamy więc tylko te krople, które już po dokonaniu obniżenia spadają, co daje miarę rzeczywistej szybkości wydzielania w danej chwili. I przekonywamy się, że nagłe obniżenie ciśnienia śródocznego sprowadza nie względne, lecz wprost bezwzględne podwyższenie wydzielania — nie podobna bowiem inaczej wytłómaczyć różnicy wartości przy tem samem ciśnieniu (10 cm.). Powtórzenie tego samego zabiegu (l. 23, 24) daje przyspieszenie nieco mniejsze, niż za pierwszym razem: Pr. o. = 1 kr. co 70″. L. o. = 1 kr. co 101″; ale wynik ten sam, cyfrowo udowodniony na lewem oku. Wogóle zaznaczyć muszę, że wszelkie zabiegi i bodźce, jakiekolwiekby było ich działanie, czy mechaniczne, czy chemiczne, czy elektryczne, czy swoiste, zawsze tak się zachowują, że za pierwszym razem użyte dają wynik wybitniejszy, czyli rozwijają energiczniejsze działanie, niż przy wielokrotnem zastosowaniu u tego samego osobnika. Jakie tego przyczyny, nie tu miejsce rozstrzygać — wystarczy stwierdzenie faktu. Zjawisko to zresztą zwykłe i dokładnie znane każdemu eksperymentatorowi.

Nadmienić tu jeszcze wypada, że każde podwyższenie ucisku wywoływało rozszerzenie źrenicy i ból, który u zwierząt niekuraryzowanych można było wyraźnie stwierdzić.

Inaczej ułożą się stosunki, skoro podwyższymy ucisk śródoczny zapomocą innych zabiegów. Wiadomo n. p., że drażnienie nerwu współczulnego podnosi ucisk śródoczny. Adamuek[1]) czyni to zależnem od podwyższonego ciśnienia krwi w naczyniach śródgałkowych, podczas gdy Hippel i Gruenhagen[2]) od zadrażnienia mięśni gładkich oczodołu i wywartego przez nie ucisku na zawartość gałki ocznej. Wpływ zaś n. współczulnego na wydzielanie cieczy wodnej badał Nicati[3]) i stwierdził przyspieszenie wydzielania po przecięciu n. współczulnego i to z wyrwaniem lub bez wyrwania górnego zwoju szyjowego. Wynikałoby z tego, że porażenie n. współczulnego sprowadza przyspieszenie — *e contrario* zaś musiałoby zadrażnienie wywoływać opóźnienie wydzielania.

Rozpatrzmy jednak nieco bliżej nasze doświadczenie VIII. Odsłonięto n. współczulny lewy i założono nań stałe elektrody. Wydzielanie w obydwu oczach równe przy ciśnieniu 6 cm. słupa wody. Drażnienie (l. 43) przy odległości cewek = 13, pozostaje bez wpływu na prawe oko, sprowadza zaś znaczne przyspieszenie po stronie lewej. Ale wśród jakich objawów? Gałka lewa w całości pomyka ku przodowi, *palpebra tertia*, która dotychczas spoczywała na rogówce, cofa się gwałtownie i gubi w załamkach; źrenica silnie się rozszerza, a przednia komórka wyraźnie staje się płytszą i to przez wypchnięcie tęczówki ku przodowi. Wśród drażnienia stan ten się utrzymuje, a z rurki wypływa szybko 3 krople jedna po drugiej, poczem płyn w rurce (e′) lewej cofa się. Przy dwu następnych drażnieniach otrzymujemy wynik ten sam. Przez cały ten czas utrzymuje się wydzielanie po stronie prawej stale na tej samej wysokości. Dopiero podczas 3go drażnienia (l. 44), kiedy odległość cewek wynosiła 10 — spadły szybko 2 krople. Widać więc, że o ile przy użyciu słabszych prądów działanie ogranicza się tylko do strony drażnionej, o tyle silne prądy mogą przenosić się i na stronę przeciwną i tam również wywoływać zadrażnienie, chociaż znacznie słabsze.

Okoliczność, że za każdem drażnieniem spadały krople szybko, po ustaniu zaś płyn w rurce (e′) cofał się natychmiast, stanowi, razem z resztą towarzyszących objawów, wymowny dowód, że przy zadrażnieniu nerwu współczulnego nie mamy do czynienia z podwyższeniem wydzielania cieczy wodnej, lecz tylko, lub przeważnie, z mechanicznem wypchnięciem zawartości przedniej komórki skutkiem ucisku z zewnątrz. Doświadczenie to przemawia oczywiście za słusznością zapatrywania Hippla i Gruenhagena, które wyżej przytoczyliśmy.

Przed założeniem elektrod na nerw współczulny i wogóle aby umożliwić odosobnione tylko drażnienie tego nerwu, podwiązywaliśmy go poprzednio, jak to się zwykle czyni. Podwiązanie takie nerwu równa się jego przecięciu. W doświadczeniu zarówno wyżej przytoczonem (VIII), jakoteż w późniejszem (XII), gdzieśmy ten sam zabieg również po lewej stronie wykonali, nie mogliśmy zauważyć żadnej różnicy w wydzielaniu cieczy wodnej po stronie prawej i lewej. W obydwu razach utrzymywało się wydzielanie stale po obydwu stronach na równej wysokości. Nie mogliśmy więc na podstawie swoich doświadczeń stwierdzić wpływu, jaki Nicati przypisuje nerwowi współczulnemu na wydzielanie cieczy wodnej.

Jeszcze na jedną okoliczność należałoby tu zwrócić uwagę. Występujący przy zadrażnieniu nerwu współczulnego skurcz mięśni gładkich oczodołu i gałki musi (jak to już Hippel i Gruenhagen podnoszą) wywoływać równocześnie ucisk, a tem samem bierne zwężenie naczyń, szczególnie żył o wiotszych ścianach, a więc ścieśnienie dróg odpływowych gałki. Idzie za tem utrudnienie odpływu krwi żylnej i cieczy odżywczych z oka — czyli nowy czynnik, wpływający na podwyższenie ucisku śródocznego. Wyobraźmy sobie teraz, że u osobnika, dotkniętego jakąś wadą naczyń (n. p. miażdżycą) w stopniu, pozwalającym jeszcze na prawidłową wymianę cieczy odżywczych oka, wystąpi stałe zadrażnienie nerwu współczulnego, co w pewnych stanach chorobowych przydarzać się może, a zrozumiemy, że w danym przypadku zejdą się wszelkie warunki, potrzebne do trwałego podwyższenia ucisku śródocznego, czyli do wytworzenia obrazu chorobowego, który określamy mianem ja-

[1]) Neue Versuche über den Einfluss des Sympathicus und Trigeminus auf Druck und Filtration im Auge. LIX. *Bd. d. Sitzungsber. der k. Akad. der Wissenschaften* II Abth. 1869.

[2]) Ueber den Einfluss der Nerven auf die Höhe des intraocularen Druckes. *Archiv Graefe* XVI Bd. 1 Abth. (27—48). 1870.

[3]) Physiologie et patologie de la glande des procès ciliaires. *Compt. rend. hebdom. des Séances et Mém. de la Société de Biologie.* 1889. II Innervation p. 373.

skry (*glaucoma*). Na podstawie powyższego rozumowania wydaje mi się wielce prawdopodobnem, że przynajmniej pewna część przypadków jaskry prostej (*glaucoma simplex*) w ten sposób się wytwarza i przychodzi do skutku. To też myśl Th. Jonnesco[1]) resekcyi nerwu współczulnego w przypadkach jaskry, rozwijającej się bez lub z nieznacznymi objawami zapalnemi, nie byłaby, jak widzimy, pozbawiona teoretycznej podstawy, a korzystne wyniki jego w 8miu przypadkach, które przytacza, stwierdzałyby słuszność tego zapatrywania.

Skorośmy już zeszli na pole praktycznych wniosków, nie będzie może od rzeczy zastanowić się, (bo niewiem, czy mi się kiedy do tego nadarzy sposobność), dlaczego założenie silnej opaski uciskowej na oko sprowadza znaczne obniżenie napięcia gałki (*hypotonia bulbi*). Zrozumienie tego faktu na podstawie powyższych doświadczeń jest bardzo łatwe. Kto raz widział, jak nieznaczny nawet ucisk palcem na gałkę wywołuje tętnienie żył w dnie oka, oceni, jak łatwo przez ucisk zewnętrzny wywołać podwyższenie ciśnienia śródocznego. To ostatnie zaś, o ile z jednej strony wpływa tamująco na wydzielanie cieczy wodnej, o tyle z drugiej strony, przypuściwszy zupełną sprawność dróg odpływowych, przyspiesza jej wydalanie z przedniej komórki przez przesączanie, które pod wyższem ciśnieniem musi się żywiej odbywać (Leber, Bentzen). Skutek tego konieczny stanowi — zmniejszenie ilości cieczy wodnej i miękość gałki. Spostrzegaliśmy niejednokrotnie, że w niektórych przypadkach po operacyi ciężko i trudno przywraca się przednia komórka. Jednym z najczęstszych powodów bywa w tych razach ucisk, wywołany przez choćby lekko założoną opaskę. Najlepszym tego dowodem, że po zupełnem usunięciu opaski komórka przywraca się bardzo szybko, cośmy na oddziale Prof. Machek a niejednokrotnie mieli sposobność stwierdzić.

II. Wpływ atropiny i pilokarpiny na wydzielanie cieczy wodnej zasługuje na osobne omówienie. Stosowaliśmy te środki miejscowo t. j. do worka spojówkowego i podskórnie. W obydwu razach działają jednakowo. Atropina opóźnia wydzielanie cieczy wodnej, pilokarpina (wzgl. ezeryna) przyspiesza je. Głównie doświadczenie VII. poświęciliśmy wyświetleniu tych stosunków, zresztą przygodnie w innych doświadczeniach stosowaliśmy atropinę, pilokarpinę lub ezerynę, co w tablicach jest uwidocznione. Przypatrzmy się bliżej doświadczeniu VII. Początkowo pod ciśnieniem 10 cm. słupa wody przypada 1 kr. na 140″. Po zastrzyknięciu do żyły 10 gr. cukru gronowego występuje znaczne przyspieszenie, 1 kr. co 46″, które trwa przez 7′15″, poczem wydzielanie wraca do normy. Zastrzyknięcie $2^1/_2$ mlgr. pilokarpiny sprowadza jeszcze znaczniejsze niż poprzednio przyspieszenie, 1 kr. co 25″, trwające jednak krócej, bo tylko przez 2′30″. Następne wstrzyknięcie pilokarpiny sprowadza ten sam skutek (1 kr. co 26″), trwający jednak znowu krócej (1′43″). Po trzeciem wstrzyknięciu pilokarpiny, w czasie, kiedy przyspieszenie, przez nią wywołane, jeszcze trwało (po 1′4″), wprowadzono podskórnie 5 mlgr. atropiny. W pierwszej zaraz chwili wypukła się kropla — poczem następuje zupełne zatamowanie wydzielania. Nietylko bowiem w ciągu następnych 4′10″ żadna kropla nie spadła, lecz nadto w rurce (e′) cofa się płyn na 5—8$^m/_m$. Przyczynę tego cofania się płynu w rurce wytłómaczyć nie wydaje mi się rzeczą łatwą, w każdym jednak razie świadczy ono niezbicie o obniżeniu ciśnienia w przedniej komórce. Dawniejsi autorowie (Wegner, Adamuek, Leber)[1]) spostrzegali również obniżenie ucisku śródocznego, występujące po atropinie, Adamuek nawet zauważył zmniejszenie wydzielania cieczy wodnej, różnią się jednak w tłómaczeniu tego zjawiska, przypisując je bądźto zwężeniu naczyń śródocznych (Adamuek), bądź też ich rozszerzeniu (Wegner).

Z przyczyn, wyszczególnionych w poprzednim rozdziale, wiemy, jak pierwszorzędne znaczenie ma ciśnienie w przedniej komórce na ilość wydzielonej cieczy wodnej. Jeżeli tu mimo obniżenia ciśnienia śródocznego spotykamy się z zatamowaniem wydzielania, to przyczyna jednego i drugiego zjawiska musi leżeć w pierwotnem obniżeniu ciśnienia w naczyniach śródgałkowych, które sprowadziło zmniejszenie lub zgoła wyrównanie różnicy ciśnienia krwi i ucisku śródocznego — co znowu musi pociągnąć za sobą obniżenie, względnie zupełne zatamowanie wydzielania. Okoliczność, że płyn w rurce (e′) się cofnął, że więc pewna ilość płynu do przedniej komórki została wciągniętą, świadczy, że treść t. j. zawartość gałki musiała się zmniejszyć. A ponieważ bezpośrednie drażnienie okolicy ciałka rzęskowego (XIV. l. 74.) pozostaje bez żadnego wpływu na wydzielanie cieczy wodnej, z tworów zaś śródgałkowych jedynie tylko naczynia posiadają zdolność szybkiego zmieniania swej objętości, więc i ten szczegół świadczy, że w naczyniach, w tym razie w ich ściągnięciu się, zwężeniu, musi leżeć przyczyna zarówno obniżenia ciśnienia śródocznego, jak i zmniejszenia wzgl. wyrównania różnicy między niem, a ciśnieniem w naczyniach. Ztąd wniosek, że atropina zwęża naczynia śródgałkowe (przynajmniej w przedniej połowie gałki) i równocześnie obniża ciśnienie krwi w naczyniach śródgałkowych.

Nader znamiennym jest dalszy ciąg VII. doświadczenia. Kiedy po zastrzyknięciu atropiny (VII. 39.) w ciągu 4′10″ zgoła nic się nie wydzieliło, wprowadzono do żyły udowej powtórnie 10 gr. cukru gronowego (l. 40) i otrzymaliśmy znowu znaczne przyspieszenie (1 kr. co 35″). Ponowne zastrzyknięcie atropiny, w tej samej co poprzednio ilości (5 mlgr.), sprowadziło natychmiast obniżenie wydzielania (1 kr. co 66″), lecz nie jego zatamowanie, a przyspieszający wpływ cukru gronowego pozostaje mimo atropiny widocznym, gdyż mimo wywołanego przez nią obniżenia wydzielanie jest i tak dwa razy szybsze od prawidłowego wydzielania przy ciśnieniu 10 cm. (1 kr. co 140″). Widzimy więc, że także co do wydzielania cieczy wodnej zachowuje się atropina jako bezwzględny antagonista pilokarpiny, t. j. zupełnie znosi jej działanie, natomiast ogranicza tylko i obniża, lecz nie znosi, nawet przyspieszenia, sprowadzonego innymi środkami. Jest to szczegół, do którego jeszcze raz w ostatnim ustępie powrócimy.

III. Wpływ irydektomii na wydzielanie cieczy wodnej mieliśmy sposobność spostrzegać w dwu przypadkach. (Doświadczenie V. i VI.). W obydwu razach stosowaliśmy obok innych zabiegów drażnienie nozdrzy zapomocą zgłębnika, lub przez rozpylanie eteru, albo też podaniem do wde-

[1]) Die Resection des Halssympathicus in der Behandlung des Glaucoms. *Wiener klin. Wochenschr.* Nr. 18. 1899.

[1]) Graefe Saemisch. B. II. S. 375.

chania amoniaku. Wszystkie te zabiegi wpływają jednak ściśle wziąwszy nietylko na wydzielanie cieczy wodnej, lecz także wywołują wypchnięcie jej z przedniej komórki w kierunku najmniejszego oporu, t. j. przez rurkę, — a to najprawdopodobniej przez odruchowy skurcz mięśni zewnętrznych i wywarty przez to na gałkę ucisk. Nie można im jednakże odmówić w zupełności pewnego wpływu także na wydzielanie cieczy wodnej, które najprawdopodobniej w drodze odruchowego podwyższenia ciśnienia w naczyniach śródgałkowych przychodzi do skutku, nie moglibyśmy sobie bowiem w przeciwnym razie wytłómaczyć, dlaczego po stronie irydektomii pod wpływem tych samych zabiegów stale mniej się wydziela, niż po stronie przeciwnej. Znamienną jest także okoliczność, że przy jednostronnem, mechanicznem drażnieniu nozdrza zapomocą zgłębnika, przyspieszenie występuje tylko po stronie drażnionej.

Już przy porównaniu wartości prawidłowego, czyli samoistnego wydzielania przy tem samem ciśnieniu (10 cm.) okazuje się, że wydzielanie po stronie irydektomii jest dwa razy mniejsze. Stosowanie wszelakich podniet nic nie zmienia w tym stosunku; — wywiera właściwy danej podniecie wpływ po obydwu stronach, po stronie jednak irydektomii stale mniej kropel wypływa, a więc mniej się wydziela. Natomiast atropina rozwija tamujący swój wpływ na wydzielanie cieczy wodnej bez porównania wybitniej po stronie irydektomii. Bo podczas gdy w ciągu 25′ po zakropleniu atropiny (VI. l. 33.) wydzieliło się po stronie irydektomii tylko 2 krople, a więc jedna kropla przypada na 750″, — po przeciwnej stronie spadło w tym samym czasie 6 kropel, co czyni 1 kr. na 170″.

Doświadczenia powyższe uprawniają tylko do stwierdzenia niewątpliwego faktu, że **irydektomia obniża wydzielanie cieczy wodnej**. Nie rozstrzygają jednak pytania, dlaczego się tak dzieje i czy tej okoliczności jedynie (co już a priori wydaje się nieprawdopodobnem) zawdzięczać należy zbawienne działanie irydektomii w przebiegu jaskry. Do wyświetlenia tych stosunków potrzebne są osobne i w tym jednym tylko kierunku prowadzone doświadczenia, które mam zamiar w przyszłości podjąć. (dok. nast.)

IV. Ze szkoły położnych prof. Dra A. Czyżewicza i pracowni bakteryologicznej prof. Dra A. Obrzuta we Lwowie.

O zachowaniu się wydzieliny szyi macicy pod względem bakteryologicznym u ciężarnych.

Podał

Dr. A. Sołowij.

(Dokończenie).

Mój sposób postępowania był następujący: Zapomocą wyjałowionych wzierników okrągłych (ze szkła mlecznego lub twardego kauczuku) lub zapomocą wziernika Cusco nastawiałem część pochwową i oczyszczałem ją kilkoma (2—5) wyjałowionymi, suchymi wacikami tak długo, aż nie udało mi się usunąć wszelkiej około ujścia macicy dostrzegalnej wydzieliny. Następnie w każdym z badanych 30 przypadków brałem wydzielinę szyi macicy zapomocą pętli platynowej (każdym razem świeżo wyżarzonej) na 2 szkiełka nakrywkowe, a potem szczepiłem wydzielinę szyi macicy do 2 próbówek z bulionem glicerynowym ocukrzonym, zapomocą pętli platynowej i zapomocą maleńkiego wacika, uchwyconego w długie, cienkie kleszczyki.

W ten sposób zbadałem wydzielinę szyi macicy u 30 ciężarnych, co najmniej 48 godzin przedtem nie badanych. *(Porównaj tablicę na stronie następnej).*

Hodowle bulionowe oglądałem i badałem drobnowidowo zwykle po upływie 48-miu godzin (wyjątkowo później). Między sporządzeniem preparatów drobnowidowych z bulionu a rozpoznaniem, przeszczepiałem w miarę potrzeby na agary: słodowy, cukrowy, glicerynowy, zwykły w sposób frakcyonowany, do bulionu cukrowego, zwykłego, glicerynowego, do żelatyny: kwaśniej, alkalicznej z cukrem lub bez cukru, do mleka i na ziemniaki. W niektórych razach wylewałem płytki lub uciekałem się do doświadczenia na zwierzęciu.

Wynik moich badań jest następujący: Według ostatecznego rozpoznania znalazłem w wydzielinie szyi macicy 30 ciężarnych (13 pierwiastek i 17 wieloródek): Paciorkowce 2 razy, dwoinki Fränkel-Weichselbauma 2 razy, czworniaki *(sarcina)* 7 razy, pleśniawki *(soor)* 2 razy, *micrococcus albus* 1 raz, *micrococcus* niechorobotwórczy 9 razy, *micrococcus* bliżej nieokreślony 2 razy, *bacillus vaginalis* Döderlein 16 razy, inny prątek niechorobotwórczy 1 raz, inny prątek, bliżej nieokreślony 1 raz, mętwik *(vibrio)* niechorobotwórczy 1 raz. —

Badanie wydzieliny szyi macicy pod drobnowidem wykazało drobnoustroje 26 razy, a tylko 4 razy był wynik badania ujemny. Pod tym względem więc jest bardzo znaczna różnica w porównaniu z wynikami Mengego, który wśród 50 przypadków tylko 27 razy znalazł drobnoustroje.

Paciorkowce, które znalazłem 2 razy, okazały się tylko w jednym przypadku chorobotwórczymi (przypadek I). Mysz, której wstrzyknięto do jamy brzusznej 0.5 ctm. hodowli bulionowej, zginęła po 2 dniach. 0.5 ctm. krwi tej myszy, wstrzyknięte podskórnie, wystarczyło, by zabić mysz drugą, a hodowle z krwi obu myszy wykazały typowe paciorkowce. W drugim przypadku (przypadek 17) zniósł królik bez szkody wstrzyknięcie do jamy brzusznej 1 ctm. hodowli bulionowej. Tutaj zatem paciorkowce nie były chorobotwórcze. Szczegół ten przemawiałby więc za tem, że w pochwie, jak twierdzą Menge i Krönig (6), mogą żyć różne rodzaje paciorkowców, z których tylko niektóre są chorobotwórcze. Pewne podobieństwo przedstawia poniekąd także zachowanie się prątków pochwowych Döderleina i niektórych ziarenkowców niechorobotwórczych. Stwierdzone drobnowidem w wydzielinie szyi macicy i hodowli bulionowej ziarenkowce nie dawały się często pomimo najróżnorodniejszych pożywek dalej hodować. Czworniak (*sarcina*), który znalazłem 8 razy, pochodzi prawdopodobnie z przedsionka pochwy, skąd dostał się do szyi macicy zapewne podczas wprowadzania wziernika.

Uderzającą jest różnica pod względem zachowania się bulionów. Podczas gdy bulion, szczepiony zapomocą pętli platynowej, tylko 2 razy był zmętniały i 2 razy zawierał na dnie kłaczkowaty osad, a zresztą zawsze był czysty, pozostał bulion, szczepiony wacikiem, tylko 1 raz czysty, a zresztą zawsze był zmętniały lub na dnie zawierał osad! Z tego widzimy, jak wielką jest różnica przy różnych sposobach uzyskiwania wydzieliny szyi macicy. Pomimo starannego wytarcia okolicy ujścia zewnętrznego macicy dostają się do

	Preparat fuksynowy	Preparat Grama	Bulion szczepiony oczk.	Bulion szczepiony wacikiem	Preparat z bulionu szczepionego wacikiem	Rozpoznanie	Doświadczenie na zwierzęciu. Uwaga.
1 mp.	Długie cienkie prątki i małe ziarenkowce najczęściej po dwa	ujemny	czysty	zmętniały	ziarenkowce w krótkich łańcuszkach, podobne do paciorkowców	*Streptococcus*	0·5 ctm³. hodowli bulionowej 24 godz. wstrzyknięto do jamy brzusznej myszy, która po 2 dniach zginęła — 0·5 ctm³ krwi tej myszy wstrzyknięto pod skórę drugiej myszy, która po 3 dniach zginęła. Hodowla z krwi obu myszy znamienna dla paciorkowca
2 mp.	Dwa razy po 2 krótkie prątki	„	„	„	czworniak	*Sarcina*	Rozpoznanie zrobiono zapomocą kolonii na płytach i hodowli
3 pp	Krótkie prątki najczęściej po dwa	„	„	„	„	„	„
4 mp.	Dwoinki i grube prątki, nieraz w nitki połączone	„	„	„	drobne ziarenkowce w krótkich łańcuszkach, tudzież ziarenk. wyglądu czworniaka i cienkie prątki	*Micrococcus* niechorobotwórczy[1]) *Bacillus* bliżej nieokreślony	Hodowlę bulionową wstrzyknięto do otrzewnej szczurowi bez jakiejkolwiek szkody
5 pp.	Mętwiki i krótkie grube prątki	„	„	„	mętwiki i ziarenkowce wyglądu czworn.	*Vibrio* niechorobotwórczy, *Sarcina*	Mętwik ten różni się od *micrococcus pyogenes* bujniejszym wzrostem w niskiej ciepłocie i odmiennym nieco charakterem na ziemniaku i w żelatynie
6 mp.	Ziarenkowce po dwa	długie i grube prątki	„	około wacika jakby grube i krótkie nitki	liczne grube i cienkie prątki	*Bacillus vaginalis Döderlein*[2])	
7 mp.	Grube prątki, łączące się w łańcuszki	te same prątki i dwoinki, przypominające czworniaki	„	nieznacznie zmętniały, na dnie osad, na wierzchu kożuszek	*Sacharomyces (Soor)*	*Sacharomyces (Soor)*	
8 mp.	Ujemny	ujemny	„	lekko zmętniały	ziarenkowce po dwa i grube prątki o zaokrąglonych końcach	*Micrococcus* niechorobotwórczy, *Bacillus vag. Döderlein*	
9 pp.	Grube prątki	„	„	zmętniały	grube prątki	*Bacillus vag. Döderlein,*	
10 mp.	ujemny	brakuje	„	czysty			
11 mp.	Nieliczne prątki i dwoinki, podobne do dwoinek Fränkel-Weichselbauma	te same prątki	„	„zmęt., na dnie osad	drobniutkie ziarenkowce pojedyncze, najczęściej po dwa lub w łańcuszkach	*Micrococcus* niechorobotwórczy	Nie udało się bliżej oznaczyć tego mikrokoka, bo przeszczepianie z bulionu na agar glicerynowy wypadło ujemnie
12 pp.	Zwykłe prątki	te same prątki rozmaitej grubości	miernie zmętniały	jednostajnie nieznacznie zmętniały, na dnie mały osad	długie prątki łączące się w niteczki, dalej czworniakowate formy, i drobne mikrokoki, w gronach ułożone	*Bacillus vag. Döderlein, Sarcina, Micrococcus* niechorobotwórczy	
13 mp.	ujemny	krótkie grube prątki	czysty	jednostajnie zmętniały, na powierzch. mała obrączka osadu, podobnie i na dnie	długie prątki, często w łańcuszkach ułożone i ziarenkowce po 2 lub po 4	*Bacillus vag. Döderlein Micrococcus* niechorobotwórczy	Mikrokoka tego odosobniono, bliżej go jednak nie oznaczono; na pożywkach zachowuje się odrębnie od *micrococcus pyogenes*
14 mp.	Prątki cieńsze niż zwykle, w grupach lub krótkich łańcuszkach ułożone	te same prątki	„	jednostajnie nieznacznie zmętniały, na dnie mały osad	ziarenkowce pojedyncze, po 2 lub po 4, wielkości czworniaka	*Sarcina*	
15 pp.	Ziarenkowce po dwa i krótkie grube prątki	ujemny	„	zmętniały, na dnie kłaczkowaty osad	krótkie grube prątki i czworniaki	*Bacillus vag. Döderlein, Sarcina*	
16 mp.	Zwykłe prątki	„	„	zmęt., na dnie osad	prątki, ziarenkowce	*Bacillus vag. Döderlein Diplococcus Fränkel-Weichselbaum*	Dwoinki te zachowują się na pożywkach zupełnie tak samo jak *diplococcus Fränkel-Weichselbaum*; doświadczenia na zwierzęciu nie robiono
17 pp.	Krótkie łańcuszki znanych grubych prątków i dwoin.	brakuje	lekko zmętniały, na dnie osad	mocno zmętniały, na dnie osad	prątki dość długie, łańcuszki ziarenkowców, podobne do paciorkowców i ziarenkowce po 1, 2 i w małych grupach	*Bacillus vag. Döderlein Streptococcus, Micrococcus albus*	Paciorkow. ten zachowuje się odrębnie w hodowli bulionowej, bulion jest zmętniały. 1 ctm³ hodowli bulionowej wstrzyknięto bez szkody do jamy brzusznej królikowi. Paciorkowiec ten zatem nie jest chorobotwórczy.

18 pp.	Pojedyńczo ułożone pary dwoinek	krótkie prątki i kilka grubych dużych prątków, tudzież, nieliczne dwoinki znacznej wielkości	czysty	zmętniały, na górze piana, na dnie osad	prątki i ziarenkowce w grupach, pojedynczo, po 2, 3, i t. d.	*Bacillus* niechorobotwórczy, *Diplococcus Fränkel-Weichselbaum*	
19 pp.	Grube prątki	te same prątki	czysty, na dnie osad	czysty, na około wacika i na dnie strzępiasty osad	prątki zwykłe grube, prócz tego cieniutkie prątki także w nitkach	*Bacillus vag. Döderlein*	
20 mp.	Grube prątki i dwoinki	te same prątki i dwoin.	czysty, na dnie kłaczkowaty osad	czysty, na dnie kłaczkowaty osad	grube i cienkie prątki, często w niteczkach, także ziarenkowce po dwa lub w małych grupach	*Bacillus vag. Döderlein*	Ziarenkowców znalezionych w bulionie nie udało się odosonbić i dalej hodować
21 mp.	Drobne ziarenkowce najczęściej po dwa	te same ziarenkowce	czysty	jednostajnie zmęt.	prątki przeważnie cienkie, ziarenkowce po 2, najwyżej po 4, lub w łańcuszkach	*Micrococcus* niechorobotwórczy	„
22 mp.	Zwykłe grube prątki	zwykłe grube prątki pojedyńcze lub w łańcuszkach, niektóre zaś cienkie	„	lekko zmętniały, na dnie kłaczkow. osad	prątki różnej grubości i ziarenkowce najczęściej po 2	*Bacillus vag. Döderlein* *Micrococcus* niechorobotwórczy	
23 mp.	Zwykłe prątki lecz w ogóle trochę cieńsze	zwykłe prątki grubych rozmiarów	„	czysty, na dnie kłaczkowaty osad	prątki (zwykłe)	*Bacillus vag. Döderlein*	
24 mp	Znane prątkiw łańcuszkach	te same prątki	„	jednostajnie zmęt.	prątki i ziarenkowce najczęściej po 2	*Bacillus vag. Döderlein* *Micrococcus* niechorobotwórczy	*Micrococcus* ten nie rozpuszcza żelatyny i nie ścina mleka
25 pp.	Zwykłe prątki jednakowej postaci lecz różnej wielkości	te same prątki	„	jednostajnie lekko zmętniały	*Micrococcus*	*Micrococcus* niechorobotwórczy	Żelatynę rozpuszcza, płyn jednak czysty
26 mp.	Zwykłe prątki	te same prątki	„	czysty	prątki i *Saharomyces* (*Soor*)	*Bacillus vag. Döderlein* *Saharomyces Soor*)	
27 pp.	Zwykłe prątki	te same prątki	„	mocno zmętniały	ziarenkowce wielkości czworniaka	*Sarcina*	Prątków, znalezionych na świeżym preparacie, nie udało się wyhodować, prawdopodobnie są one *bacillus vag. Döderlein*
28 pp	»	»	„	zmętniały	ziarenkowce pojedyncze, po 2, lub po 4	*Micrococcus* bliżej nie określony	„
29 pp.	ujemny	zwykłe prątki	„	zmęt., na dnie osad	prątki średniej grubości, pojedyncze, nieraz w łańcuszkach i nitkach wykrzywion.	*Bacillus vag. Döderlein*	
30 pp.	Krótkie prątki ułożone w wielkich gromadach	te same prątki	„	lekko zmętniały, na dnie osad	prątki i ziarenkowce najczęściej po 2	*Micrococcus* bliżej nieokreślony	
	pp.-*primipara* mp.-*multipara*						

[1]) Ziarenkowce te wyróżniały się wybitnie hodowlami od ziarenkowców chorobotwórczych.

[2]) Jako *bacillus vaginalis Döderlein* oznaczałem prątki (laseczki) różnych wymiarów, zwykle grube, o końcach tępo zaokrąglonych, barwiące się sposobem Grama, często połączone w nitki, rosnące trudno na zwykłych alkalicznych pożywkach, najlepiej zaś w bulionie, w którym wytwarzają na dnie i na ścianach mały osad lub mierne zmętnienie. Prątki te dają się hodować łatwiej na pożywkach kwaśnych zwłaszcza na agarze słodowym w ciepłocie +37°C., gdzie wyrastają drobne, prawie przeźroczyste kolonie. Hodowle prątków, które przeprowadziłem według wskazówek Döperleina (7), przekonały mnie o ich niezwykłej różności co do kształtów i wielkości. Pomimo jednak systematycznych usiłowań nie udało mi się wykazać żadnych stałych prawideł rozwoju tych prątków, a zaznaczam tylko, że bardzo szybko występują w nich objawy zwyrodnienia i że różnorodność kształtów polega niezawodnie co najmniej w części na zwyrodnieniu prątków.

szyi macicy choćby z najmniejszym wacikiem bardzo liczne drobnoustroje, żyjące w pochwie. Gdybyśmy zatem użyli tylko drugiego sposobu szczepienia, zbyt łatwo moglibyśmy przyjść do mylnego wniosku, że w wydzielinie szyi macicy żyje dużo (wprawdzie niechorobotwórczych) drobnoustrojów, podczas gdy w istocie ich tam nie ma.

Zgodnie więc z Walthardem i Mengem muszę stwierdzić, że szyja macicy (ponad ujściem zewnętrznem) nie zawiera żadnych drobnoustrojów. Te zaś drobnoustroje, które znajdowałem, zostały tamzawleczone z pochwy. Przez to jednak nie przeczę bynajmniej możności wykazania dwoinek rzeżączkowych w wydzielinie szyi macicy, jakkolwiek ich sam w żadnym z moich przypadków nie znalazłem.

Ponieważ drobnoustroje, żyjące w pochwie, potrzebują do swego rozwoju wydzieliny kwaśnej, więc brak im z góry warunków do rozwoju w alkalicznej wydzielinie szyi macicy, gdzie dostawszy się muszą rychło ginąć. Tak więc pochwa ze swoją wydzieliną kwaśną i właściwą jej florą stanowi najlepszą ochronę szyi macicy przed drobnoustrojami.

Już Döderlein (7) i Menge (l. c.) wykazali, że wydzielina pochwy ma do pewnego stopnia własność pozbywania się przeważnej ilości drobnoustrojów. Menge nazwał to „Selbstreinigung der Scheide". Po $2^1/_2$ do 70 godzinach nie zawierała wydzielina pochwy już zupełnie hodowli prątka ropy błękitnej (*bacillus pyocyaneus)*, gronkowców ropnych złocistych i paciorkowców ropnych, które Menge w całym szeregu przypadków do pochwy wprowadzał. Brak tlenu, leukocyty i różne swoiste, niechorobotwórcze, stale żyjące w pochwie drobnoustroje dają, według Mengego, wydzielinie pochwy moc pozbywania się innych drobnoustrojów. Döderlein (l. c.) zaś przypisuje szczególnie prątkom, przez siebie bliżej oznaczonym (*bacillus vaginalis Döderlein*), możność niszczenia drobnoustrojów zapomocą kwasu mlekowego, który one w ilości około 0.04% wytwarzają. Sprzeciwiają się jednak temu doświadczenia Mengego (l. c.), który wykazał, że drobnoustroje giną w pochwie jednakowo szybko bez względu na to, czy wydzielina pochwy jest kwaśna, alkaliczna lub obojętna. Stanowczo zatem muszą tu odgrywać rolę jeszcze inne czynniki.

W porównaniu z pochwą posiada szyja macicy jeszcze w wyższym stopniu zdolność pozbywania się drobnoustrojów. Z hodowli prątka ropy błękitnej, gronkowca ropnego złocistego i paciorkowców ropnych, które Menge wprowadzał zapomocą pętli platynowej do szyi macicy, nie można było wykazać ani śladu już przed upływem 12 godzin. A ponieważ ziarnka cynobru potrzebowały dłuższego czasu (około 30 godzin), by uledz całkowitemu wydaleniu z szyi macicy, więc całkiem słusznie wnosi Menge, że warunki wydalania drobnoustrojów z szyi macicy nie mogą być tylko mechanicznymi (prąd śluzu, ciągle się odnawiającego od góry ku dołowi). Natomiast upatruje M. w leukocytach jeden z głównych czynników, niszczących drobnoustroje, gdyż po wprowadzeniu drobnoustrojów do szyi macicy zwiększała się ilość leukocytów, a czasem występowała wyraźnie fagocytoza. Obok leukocytów mają być, według Mengego, także aleksyny ową substancyą, która działa zabójczo na drobnoustroje.

Przeglądając wyniki moich badań, musi uderzyć częstość, z jaką znajdowałem w wydzielinie szyi macicy prątki pochwowe Döderleina (*bacillus vaginalis Döderlein*), mianowicie 16 razy = 53·3%. Ponieważ prątki te, jako potrzebujące pożywki kwaśnej, nie mogą istnieć w alkalicznej wydzielinie szyi macicy, więc nie ulega wątpliwości, że dostawały się do wacika już w ujściu zewnętrznem macicy, gdzie mięsza się śluz pochwy z śluzem szyi macicy. Okoliczność ta dowodzi niemożności oczyszczenia zewnętrznego ujścia macicy z drobnoustrojów pochwy, a równocześnie przekonywa, że niepodobna uzyskać wydzielinę szyi macicy bez zanieczyszczenia jej w danym razie drobnoustrojami pochwy. Dlatego ⊥ bulion, szczepiony oczkiem platynowem, uległ 2 razy zmętnieniu, a 2 razy zawierał osad.

Że tak często mogłem wykazać prątki pochwowe Döderleina, nie może zadziwiać wobec tego, iż Döderlein i Krönig wykazali je w pochwie ciężarnych w około 55% przypadków. W zwiększonej kwasocie wydzieliny pochwy podczas ciąży szuka Menge przyczyny, dla której o tyle częściej znajdują się w pochwie podczas ciąży prątki pochwowe Döderleina. Tak tedy kwaśna wydzielina pochwy chroni podczas ciąży tem skuteczniej szyję macicy przed drobnoustrojami, potrzebującymi do swego rozwoju pożywki alkalicznej, lub co najmniej obojętnej. Drobnoustrojów, znajdujących korzystne warunki rozwoju w szyi macicy, nie ma zatem podczas ciąży w pochwie, a tem samem jest wogóle co najmniej zbytecznem przepłókiwać pochwę przed porodem płynami odkażającymi, tem bardziej, że pochwa zawiera wogóle tylko wyjątkowo chorobotwórcze duobnoustroje. Odkażanie pochwy przed porodem może być więc tylko w wyjątkowych razach wskazane.

Serdeczne podziękowanie składam panu profesorowi Dr. A. Obrzutowi za pozwolenie korzystania z pracowni bakteryologicznej, a panu Dr. P. Kučerze za cenne wskazówki i poparcie w pracy.

Piśmiennictwo.

1. Z. f. G. u. G. Bd. 14, 1888. — 2. A. f. G. Bd. 3. — 3. C. f. G. 1893, Nr. 40. — 4. A. f. G. 1895, Bd 48, Heft 2. — 5. »Bakteriologie des weiblichen Genitalkanales«. Leipzig 1897. — 6. M. f. G. u. G. 1899. Bd 9, Hft 6. — 7. »Das Scheidensekret und seine Bedeutung f. das Puerperalfieber«. Leipzig 1892.

V. Wyciągi.

E. Holländer. **W sprawie leczenia naczyniaków.** (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900, Nr. 17). Mnogość i różnorodność zabiegów, zalecanych celem usunięcia naczyniaków, świadczy dowodnie o tem, że żaden z poleconych sposobów nie zdoła w każdym przypadku spełnić swego zadania. W przypadkach, w których naczyniak nadaje się do wycięcia, należy zdaniem H. bez wahania użyć noża, naczyniaki natomiast, nie nadające się do usunięcia drogą krwawą, należy leczyć przyżeganiem zapomocą gorącego powietrza. Ten ostatni sposób różni się korzystnie w swej zasadzie od innych tem, że wymaga zazwyczaj tylko jednorazowego zabiegu, nie wywołuje krwotoku, a nawet zachowuje dla ustroju krew, zawartą w naczyniaku, wytwarza silną bliznę i daje się zastosować w wszelkich okolicach ciała, a więc i w jego jamach. *Urbanik.*

Frosch. **Mór w świetle nowszych badań.** (*Berl. kl. Woch.* 1900/15, 17). Zapomocą zestawień historyczno-geograficznych, objaśnionych dobrze mapką, dochodzi F. do wniosku, że mór po wielolotniem szerzeniu się w najbliższem tylko sąsiedztwie swej ojczyzny, szczególniej w Indyach i w Chinach, okazuje nagle zdolność do szerokiego rozlania się i przerzucania w odległe strony, we wszystkich częściach świata, przyczem wrotami były zawsze porty morskie. Tak było w czasie moru w w. XVIII i niema wątpliwości, że będzie i teraz. Dopóki mór nie przestanie się szerzyć w swej oj-

czyźnie, dopóty nie ma się co łudzić, że groza rozwleczenia zmniejszyła się; co więcej, niebezpieczeństwo to wzrosło przez świeże usadowienie się moru w rozmaitych okolicach np. w południowej Ameryce [1]). Wobec tego nasuwa się pytanie, czy dzięki nowym badaniom możemy skutecznie z morem walczyć; odpowiedź wypada potwierdzająco. Nowszym badaniom zawdzięczamy wykrycia zarazka moru w r. 1894 i roli jego w zakażonym ustroju, przez co dopiero oznaczono dokładniej stopień i warunki zaraźliwości dżumy. I tak krosty i dymienice nie są wcale dla otoczenia niebezpieczne, dopóki są zamknięte; natomiast mogą przenieść zarazę: mocz, śluz z nosa, ślina, plwociny, a zwłaszcza te ostatnie, zawierające zarazek jadowity u ozdrowieńców jeszcze w 1½ miesiąca po przebyciu dżumy płucnej, jak świeżo stwierdzono w Aleksandryi. Zbadano dalej własności życiowe prątka moru, odgrywające ogromną rolę w epidemiologii, jako to: niezdolność tworzenia zarodników, małą odporność na środki odkażające, gorąco, wysuszenie, gnicie (wogóle obecność innych bakteryi), a z drugiej strony względnie znaczną odporność na zimno. W dalszym ciągu omawia autor treściwie trzy główne znane dotąd postacie moru (dymieniczą, płucną i skórną — pierwotne krosty dżumowe, nie przez wszystkich uznawane zą odrębną postać) i stwierdza, że nowsze badania podały mocno w wątpliwość istnienie pierwotnej postaci jelitowej u ludzi. Natomiast wyjaśniło się, że postać dymienicza i skórna są właściwie zakażeniem przyrannem; poznano dalej dopiero wskutek nowszych badań posocznicę i ropnicę dżumową, jako postacie następowe. — Co do śmiertelności i rokowania w dżumie, to stwierdzić należy na podstawie spostrzeżeń, zebranych obecnie w Azyi, że zaraza od zeszłego wieku wcale nie złagodniała. W poszczególnych przypadkach rokowanie pozostało, jak dawniej, niepomyślne, gdyż nawet względnie lekkie schorzenie może zawsze zamienić się nagle w ciężkie przez wystąpienie posocznicy dżumowej. Jady prątków dżumowych, krążące w sokach ustroju, zaznaczają swe działanie nie tylko powstawaniem licznych wybroczyn, ale, i to przedewszystkiem, ciężkimi objawami ze strony narządu nerwowego. — Niedawno zdobyte wiadomości o własnościach zarazka moru doprowadzają wogóle do wniosku, że zaraźliwość moru jest znacznie większa, niżby się zdawało, w każdym razie większa, niż zaraźliwość cholery. Byłoby przeciwnie, gdyby istniały tylko dymienicza i skórna postać moru, choć i one, z początku niezbyt groźne, stają się przy końcu rozsadnikami zarazy przez ropę z dymienic, plwocinę, mocz i kał. Ale zaraźliwość moru zwiększa przedewszystkiem istnienie płucnej postaci, a na tem nie wyczerpują się jeszcze drogi szerzenia się moru, bo, jak wiadomo, bardzo wielką w tem rolę grają pewne zwierzęta. Zupełnie odporne są tylko ptaki, a w zwykłych warunkach odporne konie, bydło rogate, owce i kozy, mniej już psy, koty i świnie, dające się bądźcobądź sztucznie zakażać, aczkolwiek, jak się zdaje, nie ulegające samodzielnie zakażeniu. Główną zaś rolę w roznoszeniu zarazy i w powstawaniu jej w jej ojczyźnie grają, jak już niewątpliwie stwierdzono, szczury, względnie inne gryzonie (bobaki). U zwierząt tych mogą samoistnie powstawać epidemie, przenoszące się potem na ludzi. Epidemiologia moru wzbogaciła się dalej stwierdzeniem, że zwykle zaraza z początku wzrasta bardzo powoli i również powoli ustaje; jest to bardzo ważne ze względu na zwalczanie początków zarazy i zapobieganie jej nawrotom, co wszystko obecnie da się dzięki postępom epidemiologii urządzić odpowiedniej i skuteczniej, niż dawniej. Środki zwalczania dżumy zmieniły się głównie w zakresie zapatrywań na znaczenie kwarantanny, którą zastąpiły obecnie stacye, odkażające przejezdnych; zresztą zaś co do odosobnienia chorych i podejrzanych o chorobę, wykonywania sekcyi, donoszenia o zachodzących przypadkach czy to wątpliwych, czy pewnych, oraz odkażania w najszerszem zastosowaniu wymaga mór tychsamych mniejwięcej reguł, co cholera; na równi z nią posiada w dżumie ogromną wagę wczesne rozpoznanie, stąd konieczność wykształcenia odpowiedniej liczby bakteryologów w tym kierunku. Wykształcenie to jest tem potrzebniejsze i musi umyślnie być zarządzone (jak to się stało już w Niemczech), że bakteryologiczne rozpoznanie dżumy jest o wiele trudniejsze, niż cholery. W odkażaniu należy większą uwagę zwracać na odkażanie mieszkań, niż w cholerze. Wreszcie tylko w zwalczaniu dżumy ma znaczenie tępienie zwierząt, mogących ją roznosić. Doniosłość szczepień ochronnych wymaga dalszych badań. *Ciechanowski.*

[1]) Zwrócić tu należy uwagę na świeżo odkryte ognisko w Mongolii, względnie w krainie zabajkalskiej: obacz list kol. Iłgowskiego w Nr. 15 »Przeglądu« r. b., oraz sprawozdanie z pracy Zabołotnego w »Przeglądzie« r. b.; także Favre z Charkowa opisuje w *Zeitschrift f. Hygiene u. Infectionskrankh.* T. 38, Z. 3 zarazę w krainie zabajkalskiej, dochodząc do tychsamych wniosków co do przyrody i pochodzenia choroby, jak kol. Iłgowski. Wreszcie prof. Tschistowitsch stwierdza stanowczo w ostatnim [3] poszycie *Annales de l'Inst. Pasteur* z r. b., że zaraza w nadwołżańskiej Kołobowce była najniewątpliwiej morem, zawleczonym albo z Persyi, albo właśnie z Mongolii. (*Przyp. sprawozd.*)

Grusdew. **Przyczynek do kazuistyki porodów przedwczesnych.** *(Ctlb. f. Gyn.* Nr. 17, 1900). Pinard na ostatnim międzynarodowym zjeździe ginekologów starał się wykazać, że wzniecanie porodu przedwczesnego należy jak najbardziej ograniczyć na korzyść cięcia cesarskiego i cięcia spojenia łonowego, wychodząc z tego założenia, że śmiertelność dzieci przy wywoływaniu porodu przedwczesnego jest bardzo duża. Autor w celu udowodnienia, że wzniecanie porodu przedwczesnego jest uzasadnione, podaje przypadek, dotyczący kobiety ze ścieśnioną miednicą płaską, zwykłą, u której pierwszy poród skończył się wymóżdżeniem na dziecku żywem, następne dziewięć zaś były wywoływane przedwcześnie. Z 9 tych dzieci wychowało się pięcioro, przy żadnym porodzie zakażenia nie było. Autor zapytuje, czy u tej kobiety możnaby było dziewięć razy z rzędu zrobić cięcie spojenia, tak jak dziewięć razy bez żadnej szkody dla matki wzniecono poród przedwczesny. W danym przypadku miał autor sposobność zauważyć bardzo ciekawy objaw: ciężarna przy dziesiątej ciąży dostała bólów porodowych samoistnie w tym czasie trwania ciąży, kiedy zwykle u niej były wywoływane przedwczesne porody. Okoliczność ta udowadnia, że nawykowe przerwanie ciąży może w rzeczywistości mieć miejsce. Sposoby, jakimi wywoływano u tej kobiety porody przedwczesne wykazały, że najpewniejszem jest wzniecanie porodu zapomocą balonów. *St. D.*

G. Kolischer. **Obrzęk pęcherza kobiecego spowodowany zwężeniem.** (*Ctlb. f. Gyn.* Nr. 17, 1900). Zwężenia cewki moczowej kobiecej przedstawiają schorzenie, na które wogóle bardzo mało się zwraca uwagi, nie należą one mimo to do wyjątków i mogą się zdarzać nawet u kobiet, które nigdy nie rodziły, nie przebywały nigdy żadnych zapaleń, ani zbliznowaceń w cewce. Zwężenia te noszą znamiona t. zw. zwężeń elastycznych; wykazać ich obecność można tylko zapomocą zgłębników z oliwkami, które obecność zwężeń wykrywają przy wyprowadzaniu wprowadzonego zgłębnika. Zwężenia takie w jednych przypadkach przez dłuższy czas nie wywołują żadnych przypadków chorobowych, w innych zaś objawy zapalenia pęcherza. W takich przypadkach naświetlenie pęcherza wykazuje znaczny obrzęk ujścia wewnętrznego cewki moczowej, prowadzący czasami nawet do znacznych owrzodzeń. Leczenie tych przypadków polega na przecięciu zwężenia cewki. *St. D.*

Dubois. **Niewytrzymałość nerwowa a niedokrewność.** *(Corrblt. f. Schw. Aerzte* Nr. 8, 1900). W przeciwstawieniu do utartego dotychczas zapatrywania, że niedokrewność stanowi czynnik usposabiający do wszelkiego rodzaju przypadków nerwowych, dochodzi D. na podstawie doświadczenia klinicznego do wniosku, że 1) niedokrewność spotyka się bardzo rzadko w przypadkach psychoz i neuroz; 2) że niedokrewni bardzo rzadko okazują prawdziwe objawy nerwowe, 3) a wreszcie, że w przypadkach, w których niewytrzymałość nerwowa idzie w parze z niedokrewnością, związku przyczynowego między niemi zwykle nie ma. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Herman Kornfeld. **Uduszenie się dziecka ssawką.** *(Frauenarzt* Nr. 4, 1900). Autor opisuje przypadek, w którym dziecko połknęło ssawkę, daną mu do ust dla uspokojenia i udusiło się z braku natychmiastowej pomocy lekarskiej. Jak sekcya wykazała, ssawka była tak w połyku umieszczona, że bez żadnych trudności dałaby się przez usta wydobyć. Otoczenie dziecka nie zrobiło tego, a to z tej przyczyny, że nie umiało dziecku przemocą otworzyć ust. *St. D.*

Ballantyne. **Obecne stanowisko leczenia krążkami w praktyce ginekologicznej.** *(Frauenarzt* Nr. 4, 1900). Z wywodów autora wynika, że używanie krążków przy macicy nagiętej lub nachylonej ku przodowi jest niewłaściwe. Leczenie krążkami wypadnięcia lub obniżenia macicy jest leczeniem tylko paliatywnem. Założony krążek leczy jedynie tyłozgięcie, względnie tyłopochylenie macicy. Webster rozróżnia siedm działów ostatniego schorzenia i dla każdego z nich ma odrębne wskazania. Krążka nie należy zakładać przy tyłopochyleniu, przytrzymywanem przez zrosty. Przy tyłozgięciu ruchomem macicy niepowiększonej bez żadnych zaburzeń nie potrzeba, zdaniem Webstera, ani odprowadzenia, ani założenia krążka. Jeżeliby w takim przypadku wystąpił kaszel albo wzrosła waga macicy, to krążek założyć należy. Tyłozgięcie ruchome macicy połogowej nie wymaga wcale krążka, natomiast trzeba krążek założyć przy macicy ciężarnej, będącej w tyłopochyleniu. Przy macicy tyłozgiętej z obniżonymi jajnikami nie należy zakładać krążka zupełnie, jak długo jajników nie uniesie się ku górze. Skoro to już

nastąpiło, to można założyć najpierw okrągły krążek, a potem dopiero miękki krążek Hodgego, względnie Smitha lub Thomasa. Podobnie, zdaniem Webstera, należy postępować, gdy istnieje stara wypocina okołomaciczna. *St. D.*

(Z zakładu Dra Obrzuta we Lwowie). I. Pelnař: **Dwa przypadki gruźlicy błon surowiczych u człowieka, pod makroskopowym i drobnowidowym obrazem perlicy. Promienicowata postać prątków gruźliczych.** (*Wiener klinische Rundschau* 1900, Nr. 3 i 4). Pierwszy przypadek dotyczy czteroletniego chłopca, u którego za życia rozpoznano płonicę posoczniczą i rzucawkę; badanie zaś pośmiertne wykazało: Na przedniej powierzchni serca guz żółtawy, wielkości bobu (nie zserowaciały), twardy i osadzony na wiotkiej szypule, okazujący tak na swej powierzchni, jak i na przekroju liczne wybroczyny. Kilka podobnych, ale mniejszych guzków, znajduje się w rowku okrężnym serca (*sulcus circularis*). Zrosty osierdziowe. Drugi przypadek dotyczy kobiety 41 letniej, zmarłej na gruźlicę płuc: dokonana sekcya potwierdziła rozpoznanie, a nadto jeszcze wykazała zrosty otrzewnowo (*peritonitis adhaesiva*). Na niektórych pętlach jelitowych liczne drobne guzki, wiszące na wiotkich szypułach; taki sam obraz przedstawia krezka. Na przekroju wątroby zielonkowaty torbiel wielkości orzecha włoskiego, odgraniczony ścianą włóknistą od prawidłowego miąższu wątrobowego, obok tego druga mniejsza jamka. Ta zmiana w wątrobie, nie odpowiadająca wcale bąblowcowi, przypomina dosadnie gruźlicę — guzki zaś na jelitach, bardzo podobne do tworów, znalezionych na sercu w pierwszym przypadku — są również prawdopodobnie gruźlicze.

W przebiegu gruźlicy u ludzi opisywano wprawdzie guzki na błonach surowiczych, nie większe atoli nad ziarno soczewicy i tkwiące zawsze w samej tkance surowiczej; obraz jednak tu znaleziony odpowiada zwykłemu obrazowi gruźlicy błon surowiczych u zwierząt. Ze szczegółów drobnowidowych podnieść należy: 1-o znamienne ugrupowanie się prątków gruźliczych w preparatach; drobnoustroje te znachodziły się zawsze w kształcie poplątanych zwojów niteczek (nigdzie pojedynczo), promienisto na obwodzie sterczących, — postaci tej dotychczas jeszcze nie spotykano w tkankach ludzkich. 2-o Uderzający brak komórek olbrzymich w wrzodach i guzach. Chorobowo zmienione było tylko najbliższe otoczenie guzków, podczas gdy odpowiednie części błony śluzowej i podśluzowej żadnych zmian nie okazywały, co świadczy, że sprawa chorobowa rozpoczęła się samoistnie i pierwotnie na błonie surowiczej, a nie przeniosła się z wrzodów, znajdujących się na błonie śluzowej. Na uwagę zasługuje ze względu na swą wielkość obraz rozpadu tkanki w wątrobie (II przypadek), który został wstrzymany w swym postępie przez wytworzoną dokoła zbitą warstwę tkanki łącznej.

Nasuwałoby się pytanie, czy nie są to przypadki gruźlicy ptasiej, — atoli według badań Nocarda wydaje się to nieprawdopodobnem, do przypuszczenia zaś gruźlicy rzekomej nie ma wprost podstawy. Ostatecznie dochodzi autor do następującnch wniosków: I. U ludzi pojawia się gruźlicze schorzenie osierdzia i otrzewnej (błon surowiczych wogóle?), znamionujące się małymi łączno-tkankowymi guzkami, osadzonymi na szypułkach, obok innych nieznacznych, przerostowych zmian, właściwych gruźlicze (I przyp.), — albo też jako samoistna, jedyna postać chorobowa gruźlicy (II. przyp.). II. Guzki te — makroskopowo jak i drobnowidowo — zupełnie są podobne do guzków perlicowych u zwierząt. III. W tych guzkach znaleźć można prątki gruźlicze ułożone w grupy, podobne do ziarn promienicy. IV. Zapalenie gruźlicze przewodów żółciowych (cholangitis, pericholangitis), może przybrać postać pojedyńczych, grubościennych, sporych torbieli, mimo że innych zmian gruźliczych w wątrobie wykazać nie można. *Dr. Henryk Pisek.*

Fischl: **Przewlekłe powracające wysiękowe zapalenie gardła u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1900, 51. I B. 3 H.). Przez przewlekłe powracające wysiękowe zapalenie gardła u dzieci rozumie autor choroby, występujące bądź pod postacią *angina lacunaris*, bądź jako *tonsillitis exsudativa*, a cechujące się tem, iż powracają ciągle w rozmaitych, często nawet tylko co parę tygodni powtarzających się odstępach czasu, aż dopiero, pojawiając się coraz rzadziej, z wystąpieniem dojrzewania płciowego wreszcie znikają. W przypadkach tych przypuścić należy bezpośrednie usposobienie (*anginose Disposition*), oparte nieraz na dziedziczności i to najczęściej ze strony matki. Niejaką rolę w powstawaniu tych zapaleń odgrywa przeziębienie i stosunki higieniczne mieszkań. Autor zauważył, iż w domach, w których lub w pobliżu których znajdują się stajnie, choroba ta występuje częściej i groźniej. Z nalotów zapalnych gardła wyhodowywał autor paciorkowce, gronkowce i dwoinki zapalenia płuc (pneumokoki). W chorobie tej nie istnieje ani uodpornienie, ani osłabienie zakażenia w miarę nawrotów choroby, które nie mają ścisłego typu. Zapaleniom tym towarzyszy zawsze choćby w pierwszych dniach gorączka bez stałego toru; spostrzega się nieraz tętno drobne, przerywane, nieraz zaś ciężkie zaburzenie żołądkowo-kiszkowe (postać tę nazywa autor *angina gastrica*). Przypadki te mimo ciężkich nieraz objawów kończą się pomyślnie i zazwyczaj bez powikłań ze strony nerek i serca; z powodu częstych nawrotów choroby podupada jednak znacznie ogólne odżywienie i wytwarzają się ciężkie, długotrwające niedokrewności. Zdaniem autora choroba ta wytwarza się w zasadzie u dzieci z przerostem limfatycznego pierścienia gardła bez współudziału migdałków, — tak, że wycięcie choćby powiększonych migdałków nie usuwa nawrotów choroby, która wówczas powraca na bliźnie. Leczenie polegać powinno nie tyle na leczeniu pojedynczych napadów, — co przy uwzględnieniu i poprawie miejscowych stosunków sanitarnych da się uskutecznić zapomocą pędzlowań, płókań, przypalań, wstrzykiwań karbolowych, wycięcia migdałków itp., — ile na zmniejszeniu częstości nawrotów choroby, a więc na zmniejszeniu i usunięciu osobniczego usposobienia; a to da się uskutecznić zapomocą leczenia klimatycznego przez pobyt na świeżem powietrzu, względnie w kąpielach morskich lub solankowych. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Sasuchin. **Śledziona w przebiegu krzywicy.** (*Jahrbuch f. Kinderheil.* 1900, 51. I B. 3 H.). Dla wyjaśnienia do dziś dnia jeszcze ciemnej etyologii krzywicy badał autor zachowanie się śledziony, jako organu krwiotwórczego. Odpowiednio do zmian w kościach krzywiczych znajdują się zmiany w śledzionie, która jest zazwyczaj powiększona, zbitsza, o torebce zgrubiałej, a na przekroju zabarwiona blado-różowo; ilość ciałek Malpigiego jest znacznie zmniejszona, beleczki wyraźne w postaci rozmaicie poplątanych nitek; z powierzchni przekroju zeskrobuje się krew, a nader mało miąższu. Zmiany te polegają na bujaniu tkanki łącznej, zwężeniu światła tętnic śledziony i zaniku ciałek Malpigiego. Podobne zmiany wedle Stillinga znajdują się w przebiegu kiły i gruźlicy; w przypadkach S. były jednak choroby te stanowczo wykluczone. Zmiany te, spotykane przez autora u osesków już w drugim miesiącu życia, nader długo się utrzymują i trwać mogą nawet do lat 4. Przyjąwszy nawet za Starkiem, że zmiany te w śledzionie wywołane zostały w przebiegu krzywicy przez choroby ją wikłające, to byłoby nie do wytłómaczenia, dlaczego jeden i ten sam obraz przy różnych powikłaniach się powtarza i dlaczego u krzywiczych wspomniane objawy spotyka się we wszystkich badanych przypadkach, przy czem stopień ich odpowiada w wielu przypadkach natężeniu zmian układu kostnego. *Dr. Bolesław Komorowski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 11 maja 1900.

Przewodniczący kol. Sielski, obecnych członków 60

Uchwalono delegować kolegę Festenburga, jako przedstawiciela Tow. na uroczystość obchodu jubileuszu Uniw. Jagiellońskiego, również zgodzono się na propozycyę Komisyi redakcyjnej „Przeglądu Lekarskiego", co do dedykacyi numeru jubileuszowego.

Kol. Łukasiewicz demonstruje i omawia dwa przypadki „tuberculosis verrucosa cutis", i demonstruje jeden przypadek wrzodu gruźliczego ostrego na rzyci

Kol Rydygier demonstruje: *a)* chorego z olbrzymim rozrostem palca drugiego stopy prawej, *b)* chorą z uleczonem zesztywnieniem (*ankylosis*) stawu łokciowego prawego, *c)* i chorego, leczonego operacyjnie z powodu gruźlicy kości śródstopia, bez następowego łączenia brzegów rany.

Kol. Ziembicki wyraża się sceptycznie co do wyniku leczenia ostatniego przypadku i zarazem oświadcza chęć oglądnięcia chorego po 3 i 6ciu miesiącach.

a) Kol. Bar ącz przedstawia 6 letnią chorą z wilkiem żrącym (*Lupus vulgaris papillaris*), zajmującym całą zewnętrzną powierzchnię małżowiny (*helix*, *anthelix*, *antitragus*), wyleczoną przez wyłuszczenie ogniska i przeszczepienie skóry sposobem Krausego. Płatki Krausego przyjmują się na obnażonej chrząstce i dają trwalsze wyniki, aniżeli płatki Thierscha. Zajęcie wyłącznie małżowiny wilkiem żrącym należy do rzadkości.

b) demonstruje wyrostek robaczkowy, wycięty przed 5 dniami podczas napadu *appendicitis simplex* z niezwykle groźnymi objawami i omawia pokrótce ten przypadek.

36-letnia chora przebyła typowy napad *appendicitis* przed 16 laty, poczem cierpiała często dolegliwości w okolicy jelita ślepego, jednak napadu nie miała. Drugi napad wystąpił dopiero 24 marca 1900 wśród przebiegu grypy z obustronnem zapaleniem płuc. Gorączka była przeważnie zwalniającą i utrzymywała się od początku napadu z kilkurazową przerwą aż do dnia operacyi, 7 maja b. r ; w przededniu operacyi ciepłota dochodziła do 40°. Prócz obrzęku w okolicy jelita ślepego, wystąpił bolesny obrzęk i po lewej stronie brzucha, a lekarz ordynujący przypuszczał zapalenie otrzewnej.

Pomimo tych objawów zmiany anatomiczne, znalezione podczas laparotomii, ograniczały się tylko do samego wyrostka, a mianowicie znaleziono: zrosty wyrostka z jelitem ślepem, zgięcie, zgrubienie, rozpulchnienie i wynaczynienia w błonie śluzowej; treść wyrostka stanowiły 3 krople ropiastej, kałem cuchnącej cieczy.

W dyskusyi dziękuje kol. B. koledze A. Gluzińskiemu za wytłómaczenie tego niezwykłego przebiegu; rozchodziło się tu o lokalizacyę grypy w wyrostku robaczkowym. W odpowiedzi kol. Ziembickiemu (dlaczego wykonał cięcie boczne, choć przypuszczano zapalenie otrzewnej) zaznacza, że nie zgadzał się z zapatrywaniem internistów, a bóle w boku lewym uważał jedynie jako objaw podrażnienia zwojów krezkowych nerwu spółczulnego, które łączą się z nerwami wyrostka robaczkowego.

Przypadek kol B. zachęca do wczesnych operacyi przy *appendicitis* nawet podczas napadów. (*Autoreferat*).

Kol. Marischler, omawiając klinicznie przypadek, rozpoznany jako *Insufficientia tricuspidalis primaria*, okazuje otrzymany przy sekcyi preparat w Instyt. anat. patol. z rozpoznaniem *aneurysma partis ascendentis aortae sacciforme in truncum arteriae pulmonalis perforans.*

Kol. Gluziński opisuje objawy za życia tłómaczone inaczej, a zgodne z obrazem sekcyjnym.

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Treścią wykładu prof. M. Nenckiego (Petersburg) na I posiedzeniu ogólnem będą: „Przyszłe zadania chemii biologicznej".

W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady:

— W sekcyi II. 21) Prof. M. Nencki: O heminie. (265)

— W sekcyi XIV A. 50) Dr. J. Czajkowski (Sosnowiec): O wyborze metody i wskazaniach w operacyjnem leczeniu przepuklin pachwinowych. (266)

51) Dr. M. Haudek (Wiedeń): O sposobach leczenia zapomocą operacyi i przyrządów w nowoczesnej ortopedyi. (267)

52) Dr. A. Troczewski (Kutno): Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby pochodzenia nieurazowego. (268)

53) Prof. Dr. G. Ziembicki (Lwów): Przypadek rany serca. (269)

— W sekcyi XIX. 24) Dr. Lax (Kraków): Zachowanie się ciepłoty noworodków w pierwszych siedmiu dniach ich życia. (270)

25. 26) Dr. Teodor Borysowicz (Warszawa): *a)* O stósowaniu szwu międzywęzełkowego przy niektórych plastycznych zabiegach, dokonywanych na dolnym odcinku macicy. *b)* O niektórych rzadszych wskazaniach do wykonywania cięcia cesarskiego. (271—2)

27) Dr. St. Kurz (Warszawa): Demonstracya sterylizatora z przyrządami do zeszywań krocza. (973)

28) Prof. Dr. Mars (Lwów): O wypuszczaniu z jamy otrzewnowej płynnej wypociny w przypadkach ostrego ograniczonego zapalenia. (274)

29—32) Doc. Dr. F Kośmiński (Lwów): *a)* O operacyach mających na celu rozwiązanie rodzących drogami naturalnemi za pomocą zmniejszenia pojemności płodu. *b)* Przypadek obrażenia *vena cava inferior;* zeszycie; wyleczenie. (Przedstawienie chorej). *c)* Okazanie prostego przyrządu do infuzyi podskórnych. *d)* Stołek do badania i pomniejszych operacyi ginekologicznych. (275—278)

33) Dr. Bocheński (Lwów): Niezwykłe usadowienie obrażenia części miękich główki płodu, powstałe podczas porodu. (279)

— W sekcyi I. 7) P. Kłodnicki (Lwów): O własnościach anharmonicznych linii krzywych trzeciego stopnia. (280)

— W sekcyi XII. 5) Prof. Dr. Prus (Lwów): O wskrzeszaniu w przypadkach śmierci z utraty krwi (na posiedzenie wspólne z sekcyą chirurgiczną). (281)

6) Dr. J. Czajkowski (Sosnowiec). [Tytuł podany będzie później]. (282)

7) Prof. Dr. Klecki (Kraków): Z dziedziny chorób zakaźnych. [Dokładny tytuł podany będzie później]. (283)

Na posiedzenie wspólne z sekcyą medycyny wewnętrznej:

8) Dr. Szczęsny Bronowski (Warszawa): Wady serca a choroby nerek (praca statystyczno-doświadczalna). (284)

9—11) Dr. Edward Zieliński (Warszawa): *a)* Zmiany rozwojowe w ustroju suchotników. *b)* Strach, jako czynnik, wywołujący nerwice. *c)* Znaczenie drobnoustrojów w wywoływaniu pewnych zjawisk geologicznych. (285—287)

— W sekcyi XIII. 15) Dr. J. Maybaum (Łódź): O zwiśnięciu trzewów, szczególnie o nerce ruchomej. (288)

16) Dr. Edw. Bernhardt: Krup i dyfterya w świetle najnowszej nauki. (289)

— W sekcyi XV. 15. 16) Dr. S. Rossberger (Jarosław): *a)* Jakimi środkami możemy ochronić nasze potomstwo od przedwczesnej utraty zębów (na posiedz. wspólnem z sekcyą chorób dzieci i wychowania fizycznego). *b)* Przyczynek do nieregularności w uzębieniu i *ectopia (transpositio) dentium* (z demonstracyami). (290/1)

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich przypomina, że: Wykłady i demonstracye zgłaszać należy bezpośrednio do sekretarzy lub gospodarzy odpowiednich sekcyj, dołączając odrazu krótkie streszczenie zamierzonego wykładu, które pomieszczone zostanie w „Dzienniku Zjazdu". Ostateczny termin zgłaszania wykładów (z dołączeniem streszczenia) upływa 15 czerwca 1900 r.; później zgłoszone, lub niezaopatrzone w streszczenia wykłady nie będą pomieszczone w programie Zjazdu. Jedynym organem Zjazdu będzie „Dziennik", który oprócz działu informacyjnego pomieści streszczenia wszystkich wykładów i dyskusyi.

Wszelkie pisma, odnoszące się do połączonej ze Zjazdem Wystawy, należy adresować do przewodniczącego Komitetu wystawowego Dra Michała Śliwińskiego (Mały Rynek 4).

Wszelkie inne pisma (nieodnoszące się do wykładów w sekcyach i wystawy), wkładki uczestnictwa w kwocie **20 koron (8 rubli, 18 marek, 20 franków** od członka Zjazdu, połowa tej kwoty od każdej towarzyszącej mu osoby, n. p. pań, chcących wziąść udział w Zjeździe), jakoteż zamówienia mieszkań z podaniem liczby osób, ich płci i stanu (dzieci, służba), przeznaczonej mniej więcej na mieszkanie dziennej ceny, wyboru hotelu lub prywatnego mieszkania, przesyłać należy bezpośrednio do głównego sekretarza komitetu gospodarczego, prof. Dra Ciechanowskiego (Wielopole 4). Zamówienia mieszkań przyjmuje komitet najdalej do dnia 15 lipca 1900, upraszając wogóle o wczesne, o ile możności, zgłaszanie udziału w Zjeździe.

We wszelkich sprawach Zjazdu przyrzekli łaskawie pośredniczyć: w Warszawie: Dr. O. Hewelke (Chmielna 14), Dr. K. Rychliński (Krucza 35) i Dr. A. Sokołowski (Mazowiecka 6); w Poznaniu: Dr. F. Chłapowski (ul. Wiktoryi), Dr. A. Jaruntowski (ul. Wilhelmowska) i Dr. H. Święcicki (Rynek, Pałac Działyńskich); we Lwowie: prof. Dr. A Gluziński (Krasickich 3), Radca dworu prof. Dr. Rydygier (Kościuszki 16) i prof. Dr. G. Ziembicki (Trzeciego Maja 5); w Paryżu: Dr. J. Danysz (Institut Pasteur, rue Dutot) i Dr. B. Motz (Boulevard St. Michel 45).

Wszelkich dokładniejszych informacyi udziela niezwłocznie sekretarz komitetu.

Komitet uprasza uprzejmie Redakcye dzienników polskich o powtórzenie niniejszego przypomnienia.

Kraków 27 maja 1900.

Ciechanowski.

Sekr. kom. gosp. (Wielopole 4).

XIII międzynarodowy Kongres lekarski, który odbędzie się w Paryżu od 2 do 9 sierpnia 1900 r.

Sekretarz generalny Kongresu zawiadamia Komitet narodowy polski, że, ze względu na mający wkrótce wyjść Program Kongresu, zachodzi istotna potrzeba bezwzględnie prędkiego nadsyłania do Zarządu Kongresu tytułów odczytów. Polscy członkowie Kongresu mają już poprzednio zapewnione pośrednictwo sekretarza Komitetu polskiego, dra A. Kwaśnickiego *(Kraków, ul. Basztowa 4).* Ostateczny termin do nadsyłania tytułów odczy-

tów jest 15 czerwca. Po tym dniu można będzie jeszcze zgłaszać odczyty do 15 lipca, lecz te nie będą w Programie Kongresu ogłoszone.

Komitet wykonawczy zawiadamia, że 1) wpisy na członków Kongresu zamknięte zostaną 15 lipca, oraz, że 2) nie zamierza wydawać Dziennika urzędowego Kongresu, natomiast sekretaryat będzie ogłaszać każdego dnia program przypadających w tym dniu czynności.

Dr. A. Kwaśnicki. *Prof. Dr. Wicherkiewicz.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 31 maja.

* Dnia dzisiejszego odbyło się otwarcie przebudowanej Kliniki chirurgicznej. Wielki postęp i szybki rozwój chirurgii nowoczesnej wymagają ciągłych zmian i zastosowań: więc i Klinika chirurgiczna krakowska już po 10 latach swego istnienia nie odpowiadała w wielu okolicznościach wymaganiom nowoczesnym. Nowomianowany profesor dr. Kader postanowił te usterki usunąc i nie bez trudu to postanowienie do skutku doprowadził.

Dzisiejsze otwarcie Kliniki chirurg. nastąpiło wśród licznego udziału Władz rządowych, uniwersyteckich, profesorów, lekarzy i słuchaczów. Dziekan Wydziału lekar., prof Jakubowski, w dłuższem przemówieniu, zwróconem do prof. Kadera, oddał klinikę pod jego kierownictwo i złożył życzenia rozkwitu chirurgii w odnowionej klinice krakowskiej, oraz obfitych owoców działalności profesorskiej i klinicznej.

Następnie prof. Kader miał wykład na temat przyszłości »rzut oka na rozwój chirurgii w przeszłości i widoki tego rozwoju w przyszłości«.

Po skończonym odczycie oprowadzał prof. Kader zgromadzonych po zakładzie, objaśniając szczegółowo jego urządzenie. Podziwiać trzeba było znakomite zastósowanie techniki do celów wyjaławiania i mechanicznego oczyszczania przedmiotów, z którymi operator lub jego pomocnicy stykać się muszą i bez przesady wyznać należy, że klinika chirurgiczna krakowska posiada dziś najznakomitsze i najwięcej celowi odpowiednie urządzenie.

Wykład prof. Kadera przyjęty został głośnymi objawami szczerego uznania.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 23 maja posiedzenie zwyczajne, na którem koledzy: A. Rosner, Braun, Świtalski i Jordan wygłosili zbiorowy odczyt: „O ciąży zamacicznej“.

* Przyszły N. „Przeglądu Lekarskiego“, poświęcony Uniwersytetowi Jagiellońskiemu, wyjdzie, nie jak zwykle w sobotę, lecz o trzy dni wcześniej, t. j. we środę, i w tym dniu zostanie rozesłany odbiorcom.

* W składzie organizacyi lekarzy rządowych zaszły następujące zmiany: przeniesieni zostali lekarze powiatowi: dr. A. Coghen z Kossowa do Trembowli; dr. Fr. Stokłosiński ze Starego Sambora do Rawy; dr. Adolf Kuhn z Trembowli do Drohobycza; asystenci sanitarni: dr. R. Małaczyński z Sambora do Starego Sambora, dr. W. Kurzyniec z Grybowa do Lwowa.

* Egzamin na lekarzy rządowych złożyli następujący doktorowie medycyny: Miecz. Biliński, Izrael Drancz, Plato Jabłkowski, Stan. Klocek, Stan. Kubisztal, Wac. Skórkowski i Fr. Sękiewicz — wszyscy z odznaczeniem.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwers. Jagiell. otrzymał Kazimierz Strycharski.

* Miejska Kasa chorych przemysłowców w Berlinie zaprowadziła wolny wybór lekarza.

* W Berlinie ma powstać centralna kuchnia dla chorych w mieście, nie mogących mieć u siebie stósownego pożywienia. Ubodzy dostawać będą jedzenie bezpłatnie, albo tylko za zwrotem kosztów. W celu dostarczania ciepłej strawy zastósowane będą termofory do naczyń.

* „Münchener mediz. Wochenschrift“ w Nr. 21 donosi, że rząd badeński zamierzył urządzić kosztem 18,000 Mk. pracownie dla badań nad dżumą przy katedrach higieny w Heidelbergu i Freiburgu.

* Wystawa higieniczna przedmiotów, służących do pielęgnowania, żywienia i t. d. oseskow, odbędzie się w Wiedniu od 1 czerwca do 1 września. Wraz z tą Wystawą higieniczną odbędzie się Wystaw konkurencyjna najzdrowszyh i najlepiej odżywionych dzieci. Za najlepiej odżywione troje dzieci przyznaną będzie nagroda 100, 50 i 25 koron.

Mianowania i odznaczenia: John Wyllie mianowany profesorem medycyny wewnętrznej w Edymburgu. Karol Hess mianowany został profesorem okulistyki w Würzburgu. Docent chirurgii w Królewcu O. Samter otrzymał tytuł prof. nadzwyczajnego. Prof. Röntgen otrzymał od Akademii w Waszyngtonie „Bernardmedaille“, który tylko co pięć lat udziela się za największe odkrycie naukowe w tym okresie czasu.

Nekrologia. Zmarli: W Paryżu prof. Grimaux w 65 r. życia. W Moskwie prof. psychiatryi Korsaków w 48 r. życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Nowinach Lekarskich* Nr. 10: Dr. Baschkopfa: O stosowaniu promieni Röntgena w medycynie dla rozpoznania i leczenia. W *Medycynie* Nr. 21: Sonnenberga E.: Przypadek cierpienia znanego pod mianem „*Mycosis fungoides*“. Dr. Rosenthala: Opis ważniejszych przypadków, operowanych w Oddziale ginekol. szpitala starozakonnych w Warszawie (1898—1899). W *Zdrowiu* Nr. 176: Dr. Polaka I.: O warszawskiem Towarzystwie higienicznem. Dr. Kramsztyka I.: W sprawie kolonii letnich i ogródków dziecięcych. Rozwój tych instytucyj w Niemczech. Dr. Rakowieckiego K.: Mieszkania ludności wiejskiej. Dr. Higiera H.: W sprawie higieny ciała i ducha. Dr. Ciąglińskiego K.: O Ciechocinku pod względem higienicznym. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 21: Dr. Wąsowicza Z.: Spostrzeżenia nad działaniem wody krynickiej w blednicy i niedokrewności (dok.). Puławskiego A.: Nowe prądy w terapii chorób nerwowych (dok.). Dr. Neugebauera F.: Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie zawierający 35 przypadków.

Redakcya otrzymała: Chełchowskiego K.: Sprawa szczepienia ospy u nas (Odbitka z *Gazety Lekarskiej*, 1899). Dr. Karol Brudzewski: Przyczynek do nauki o refrakcyi oka ludzkiego (Odbitka z *Pamiętnika lekar. warszawskiego*). Dr. A. W. Buckiewicza: I. Odkrycie istoty choroby skrofulicznej. II. Wysypki skórne, jako objawy zapalenia nerek. III. Odręczny rozbiór moczu na białko, studya z dziedziny chorób nerkowych. (Warszawa, 1900).

W celu uczczenia 500-letniego jubileuszu Uniwersytetu Jagiellońskiego Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 6 czerwca, o godz. 6 wieczorem, w auli Collegii novi POSIEDZENIE UROCZYSTE, na którem kol. Dr. A. Kwaśnicki będzie miał odczyt p. t. „Rys dziejów Wydziału lekarskiego U. J. od jego założenia do dni naszych“.

Prezes Tow. lekarskiego krak. zaprasza na to posiedzenie wszystkich lekarzy miejscowych i zamiejscowych, którzy w tym dniu przebywać będą w Krakowie.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

Rada gminna gminy **Zakopane** ogłasza niniejszem konkurs na posadę stałego lekarza gminnego w Zakopanem. Obowiązki jego określa instrukcya służbowa dla lekarzy gminnych i okręgowych wydana przez c. k. Namiestnictwo i przez nie uzupełnioną na zasadzie ustawy kraj. z 2 lutego 1891 r. Dz. u. kr. Nr. 17 (patrz: Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych str. 67 do 70). Lekarz gminny w Zakopanem jest nadto oglądaczem zwłok, bydła rzeźnego i mięsa.

Ubiegający się o tę posadę muszą zadość uczynić wymogom § 7 ust. kraj. z 2 lutego 1891 Nr. 17.

Płacę dla lekarza gminnego ustanowiła Rada gminna w Zakopanem w sumie 1.000 Koron rocznie. Wyjątkowo za czas od 1-go lipca do 30-go grugnia 1900 r. umówioną będzie płaca z mianowanym już lekarzem oddzielnie.

Podania wnosić należy na ręce podpisanego do dnia 30-go czerwca b. r. Urzędowanie zaczyna się zaraz po zamianowaniu. —

Zakopane, dnia 23-go maja 1900 r.

Naczelnik gminy: *Sieczka.*

Zwierzchność gminy Jaryczów nowy rozpisuje konkurs na posadę lekarza gminnego z roczną płacą 600 koron i prawem oględzin bydła i ciał pośmiertnych. — Podania wnosić do dnia 10 czerwca 1900.

Wydział Rady powiatowej w Tarnowie rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Ryglicach z roczną płacą 1000 koron i ryczałtem na objazdy w kwocie 500 koron. — Podania wnosić do 20 czerwca b. r.

Wydział Rady powiatowej w Tarnopolu rozpisuje konkurs na dwie posady lekarzy okręgowych z siedzibą w Czernichowie i Mikulińcach z płacą poczną po 1000 koron i ryczałtem na objazdy w kwocie 500 koron. — Podania wnosić do dnia 10-go czerwca b. r.